

## Couvertures santé internationales pour la Suisse

# Formulaire d'entente préalable

Ce document est également disponible (en version PDF) sur notre site Internet : [www.allianz-assistance.ch/healthcare](http://www.allianz-assistance.ch/healthcare)

Bien qu'une entente préalable ne soit pas requise à l'avance pour des **soins d'urgence**, vous-même, votre médecin, un ayant droit ou un collègue devez nous informer de votre hospitalisation dans les **48 heures** suivant l'incident.

Il est possible de remplir le formulaire d'entente préalable par téléphone en appelant notre service d'assistance téléphonique (+353 1 630 1303) si les soins doivent être administrés dans les **72 heures**. Avant d'appeler, veuillez réunir le plus d'informations possible, notamment les coordonnées de votre médecin.

La section 1 doit être complétée en totalité par le patient (ou au nom du patient)

La section 2 doit être complétée en totalité par le médecin

**Veuillez remplir ce formulaire en LETTRES CAPITALES**

Un formulaire incomplet nous retarderait à garantir votre traitement dans la mesure où nous serions obligés de revenir vers vous ou votre médecin pour plus d'informations. La police d'assurance du patient doit être active au moment du traitement. Cette garantie de paiement est soumise aux conditions générales de la police d'assurance, ainsi qu'à notre évaluation de tous les documents médicaux reçus, ou devant être reçus, en rapport avec cette pathologie médicale.

## 1 DÉTAILS SUR LE PATIENT À COMPLÉTER PAR LE PATIENT (OU AU NOM DU PATIENT)

Numéro de police

M.  M<sup>me</sup>  Autre  Prénom

Nom

Date de naissance   /   /

*Veuillez indiquer le nom de la personne à contacter au sujet du déroulement de cette entente préalable*

Nom

Lien avec le patient, par ex. Lui-même/Elle-même, époux(se)/partenaire, parent

Téléphone (Indicatif pays)  (Indicatif régional)

Téléphone portable (Indicatif pays)  (Le code réseau)

E-mail

## Protection des données et consentement du patient

Le traitement des données personnelles est une composante essentielle des activités d'assurance. Dans le cadre de ces opérations de traitement, nous veillons à respecter la loi fédérale sur la protection des données (LPD). Nous conservons les données sous formes électronique et physique conformément aux dispositions légales.

Toute référence aux informations inclut les données et informations à caractère personnel que vous nous avez transmises, que ce soit dans le bulletin d'adhésion, tout formulaire de demande de remboursement, tout formulaire d'entente préalable et/ou tout autre document complémentaire ou information que nous pourrions recueillir en lien avec un produit ou service que nous proposons.

**Utilisation :** Les données personnelles que nous traitons sont utilisées à des fins de préparation de devis, de souscription de polices, de collecte des primes, de remboursement et à d'autres fins directement liées à la gestion des polices, conformément à l'assurance. Nous pouvons avoir recours à des organismes tiers pour traiter des données en notre nom. Ce traitement, qui peut avoir lieu en dehors de l'Espace économique européen (EEE), est soumis à des restrictions contractuelles en ce qui concerne la confidentialité et la sécurité, en accord avec les exigences en matière de protection des données. Nous traitons aussi les données personnelles dans le but d'améliorer les produits et à des fins marketing internes. Afin de proposer une assurance complète et abordable, nos services peuvent être partiellement fournis par des entreprises juridiquement indépendantes sur le territoire national comme à l'étranger.

**Données sensibles :** Nous devons recueillir des données sensibles vous concernant (telles que des informations médicales), afin d'évaluer les termes de l'assurance que nous émettons/fixons et/ou pour gérer les demandes de remboursement.

**Communication :** Nous pouvons transmettre les informations vous concernant à nos agents, aux membres du groupe Allianz, aux réassureurs, à d'autres assureurs et leurs agents, à vos précédents assureurs locaux et à l'étranger, aux prestataires de service, à tout intermédiaire vous représentant ou aux autorités de contrôle/gouvernementales (dont nous faisons partie ou qui nous gouvernent). Nous pouvons, dans certains cas, faire appel à des enquêteurs privés pour obtenir plus d'informations sur l'une de vos demandes de remboursement.

**Conservation :** Nous sommes tenus de conserver vos données pendant les six années suivant la fin de la période d'assurance. Nous ne conserverons pas vos données plus longtemps que nécessaire et uniquement pour les finalités pour lesquelles nous les avons obtenues.

**Représentation et consentement :** Par votre signature, vous confirmez que vous avez l'autorité pour agir au nom de vos ayants droit en ce qui concerne toutes les informations à caractère personnel que vous nous fournissez, et que vous consentez au traitement, à la divulgation, à l'utilisation et à la conservation des informations vous concernant et/ou à propos de vos ayants droit.

**Accès :** Conformément à la LPD, vous êtes en droit de recevoir une copie des données personnelles vous concernant que nous détenons et exiger la rectification des données inexacts. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez écrire au responsable de la protection des données à l'adresse indiquée sur ce formulaire ou à [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com).

**Enregistrement des appels :** Les appels téléphoniques sont enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité de nos services et pour des raisons réglementaires.

J'accepte de renoncer à mes droits quant au secret médical ou confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical se rapportant à ma pathologie ou mon problème de santé et j'autorise les praticiens, membres de la profession médicale et tout autre établissement médical à communiquer mes dossiers médicaux à mon assureur, à ses conseillers médicaux, à ses représentants désignés ou à tout autre tiers expert en cas de litige, sous réserve des restrictions légales applicables.

**Si le patient est mineur, cette section doit être datée et signée par un parent ou représentant légal.**

Signature du patient \_\_\_\_\_

Date   /   /

Ce document est une traduction française du document en allemand « Kostenusageformular ». La version en allemand de ce document est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version allemande, veuillez noter que la version allemande est la version légalement engageante et officielle. Le souscripteur de votre assurance VVG est AWP P&C S.A. Saint-Ouen (Paris), succursale de Wallisellen (Suisse), la succursale suisse d'AWP P&C S.A., Saint-Ouen, France, une société anonyme régie par le Code des assurances. No. 519 490 080 RCS Paris. Succursale suisse enregistrée à Zürich. No. CHE-115.393.016, adresse : Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorffallee 3, CH-3000 Bern 22, registered BAG Nr. 376, fournit des services d'administration en Suisse.

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. No. 401 154 679 RCS Bobigny, France.

Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA agit en tant que réassureur des polices VVG, fournit des services d'administration et une assistance technique en dehors de la Suisse. AWP Health & Life SA exerce sous la dénomination commerciale d'Allianz Worldwide Care.

**Allianz** 

## 2 DÉTAILS SUR LE TRAITEMENT À COMPLÉTER PAR LE PRESTATAIRE MÉDICAL

- Si un traitement supplémentaire est nécessaire, il est impératif de nous en informer.
- Veuillez noter que les factures doivent être fournies dans un délai de 60 jours suivant la sortie du patient. Si certaines dispositions particulières ont été convenues entre le prestataire médicale et Allianz Worldwide Care, celles-ci seront appliquées.

### Blessure/maladie

Description de la pathologie ou problème de santé, signes cliniques et symptômes :

Cause sous-jacente (si connue)

Date à laquelle cette pathologie a été diagnostiquée ?  /  /  Date de la première consultation pour cette pathologie ?  /  /

À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus chez le patient ?  /  /

Diagnostic/ Diagnostic provisoire

CIM-9/10  DSM-IV  DRG

### Veuillez également fournir les éléments suivants en cas de grossesse :

Date à laquelle la grossesse a été confirmée par le médecin :  /  /  Date d'accouchement prévue ou effective :  /  /

Est-ce que la naissance d'un seul enfant est attendue ? Oui  Non

Si non, la grossesse résulte-t-elle d'une reproduction médicale assistée autre qu'une insémination artificielle Oui  Non

Mode d'accouchement

### Traitement

Traitement/procédure

Date d'admission prévue :  /  /

### Pour les traitement aux États-Unis/ Royaume-Uni

Code(s) CPT  Code(s) CCSD

Description

### Coûts

Pour un traitement en Allemagne (DRG), veuillez confirmer le prix de base (Basisfallpreis)

Estimation de la durée du séjour  nuit(s)  / jour(s)  (veuillez cocher la case appropriée)

Un tarif forfaitaire est-il proposé ? Oui  Non  Si « Oui », veuillez indiquer le prix et la devise

Si « Non » veuillez indiquer un décompte et une estimation des coûts :

Frais d'hôpital  Honoraires de médecin/anesthésiste

Estimation du coût total et devise

### Informations sur les prestataires médicaux

Nom de l'hôpital/établissement

Adresse (y compris le pays)

Adresse e-mail (obligatoire)

Téléphone (Indicatif pays)  (Indicatif régional)

Fax (obligatoire) (Indicatif pays)  (Indicatif régional)

### Nom du médecin référent

Nom

Adresse e-mail (obligatoire)

Téléphone (y compris indicatif pays et indicatif régional)

Fax (obligatoire, y compris indicatif pays et indicatif régional)

### Médecin traitant/responsable de l'admission

Nom

Adresse e-mail (obligatoire)

Téléphone (y compris indicatif pays et indicatif régional)

Fax (obligatoire, y compris indicatif pays et indicatif régional)

### Veuillez signer, dater et apposer votre cachet officiel.

Toutes les informations indiquées sur ce formulaire sont, à ma connaissance, correctes, exactes et complètes.

Signature du médecin

Date  /  /

Cachet officiel du prestataire médical

Veuillez, s'il vous plait, envoyer ce formulaire d'entente préalable dûment rempli au moins cinq jours ouvrés avant le début des soins par :

- E-mail, après avoir numérisé le document à [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com), ou
- Fax au: + 353 1 653 1780, ou
- Courrier à : Medical Services Department, Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande

Nous vous recommandons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter notre service téléphonique au : +353 1 630 1303 ou par e-mail à : [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

Pour consulter la liste de nos numéros gratuits, rendez-vous sur [www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers).