



Livret ETI

TAS Assurances SA
Ch. de Blandonnet 4
Case Postale 820
1214 Vernier

Tél.: +41 58 827 64 12
Fax: +41 58 827 51 40
www.eti.ch

Déliement du secret médical

Veillez SVP, remplir toutes les rubriques en caractères d'imprimerie et nous retourner ce formulaire dûment complété daté et signé.

Membre N°

Données personnelles du titulaire du Livret ETI qui a annulé/modifié le voyage :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Rue :

N° :

NPA :

Localité :

Dates du voyage / de la location : du

au

Date de réservation :

Destination :

Genre de voyage :

Données personnelles de la personne malade/accidentée (à remplir par le titulaire) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Par sa signature, le titulaire autorise le TCS, respectivement TAS Assurances SA et son médecin conseil à prendre d'autres renseignements nécessaires pour le traitement du dossier et délègue les médecins traitants et le médecin conseil mandaté par TAS Assurances SA du secret médical.

Lieu et date :

Signature du titulaire :

Si la personne malade ou accidentée n'est pas identique au titulaire, elle doit également donner son accord pour délier les médecins traitants et le médecin conseil mandaté par TAS Assurances SA du secret médical.

Lieu et date :

Signature du patient :

Rapport médical

Ce rapport est à compléter par le/les médecin(s) traitant(s) suite à une annulation/modification du voyage.

Maladie Accident

Anamnèse avec date du début des symptômes :

A la date du début des symptômes, le voyage était-il encore possible? oui non

Diagnostic :

Date 1^{ère} consultation :

Date de début du traitement :

Nombre de consultations pour cette pathologie :

Prescription de médicaments? oui non Si oui, lesquels?

Date précise du début de l'incapacité à voyager :

Au moment de la réservation, existait-il une capacité de voyager? oui non

S'agit-il d'une récurrence suite à une maladie chronique/préexistante? oui non

Si oui, date du dernier traitement :

S'agit-il de l'aggravation d'une maladie chronique/préexistante? oui non

Y-a-t-il eu un arrêt de travail? oui non Si oui, du au %

A quelle date avez-vous appris que votre patient ou son proche projetait un voyage?

A quelle date l'avez-vous dissuadé d'entreprendre ce voyage?

Quelle est la durée probable de l'incapacité de voyager?

Hospitalisation oui non Si oui, où? du au

Si l'hospitalisation a déjà eu lieu, prière de nous transmettre la lettre de sortie d'hospitalisation

Date à laquelle l'hospitalisation a été décidée :

Y-a-t-il eu une opération? oui non Si oui, date de l'opération :

Date à laquelle l'opération a été fixée: Intervention au choix? oui non

Complications graves en cas de grossesse

Date à laquelle la patiente a reçu la confirmation de sa grossesse :

A cette date, le voyage était-il encore possible? oui non

Date présumée de l'accouchement :

S'agit-il de complication en relation avec la grossesse? oui non

Si oui, date du début de la complication :

Diagnostic :

Je, soussigné, confirme que les indications fournies sur ce formulaire sont complètes et conformes à la vérité.

Lieu et date :

Signature et timbre du médecin :