



TCS Livret Protection Urgence

Déliement du secret médical

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

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

Tél. : +41 58 827 63 93
livret.urgence@tcs.ch
www.tcs.ch

N° bénéficiaire :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Données personnelles du titulaire

Nom : Prénom :
Rue, n° : NPA, localité :
Date naissance : Tél :

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

Nom :
Prénom :
Date 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 médical est à compléter par le médecin traitant suite à un transport d'urgence ou à une restriction de mobilité.

Maladie Accident

Veillez chocher la case correspondante

Anamnèse avec date du début des symptômes :

.....

Diagnostic :

.....

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

Transport d'urgence

Date du transport d'urgence :

Type d'intervention primaire : P1 P2

Nous vous prions de bien vouloir nous transmettre la lettre de sortie d'hospitalisation / le rapport de l'hôpital

Couverture mobilité

Date d'hospitalisation ou admission aux urgences :

Date à laquelle l'hospitalisation a été décidée :

Date de sortie :

Y-a-t-il eu une opération ? Oui Non

Si oui, date de l'opération :

Date à laquelle l'opération a été fixée :

Nous vous prions de bien vouloir nous transmettre la lettre de sortie d'hospitalisation / le rapport de l'hôpital

Suite à l'hospitalisation ou admission aux urgences, y-a-t-il une restriction de mobilité (incapacité d'effectuer les déplacements indispensables et utiles avec les moyens de locomotion habituels pour le patient ?

Oui Non

Si oui, quelle est la durée de cette restriction ?