

Questionnaire concernant les traitements à l'étranger



Personne assurée

(Remplir en majuscules et minuscules)

Nom		Prénom		Date de naissance	
Téléphone		Courriel		N° d'assuré(e)	

S'agit-il d'un(e)

☐ Maladie

☐ Accident. En cas d'accident, nous vous prions de bien vouloir remplir également le formulaire de déclaration d'accident, que vous trouverez sur le site www.egk.ch/formulaires

Questions sur les traitements à l'étranger

1 Dans quel lieu / pays (étranger) êtes-vous tombé(e) malade / avez-vous eu votre accident?

2 Suiviez-vous déjà un traitement en Suisse pour le même problème? ☐ Oui ☐ Non

3 Durée du traitement à l'étranger? du au

Remarques complémentaires sur la période du voyage

4 Motif du séjour à l'étranger

☐ Détaché(e)*	☐ Frontalier/-ère*	☐ Retraité(e)*
☐ Études	☐ Vacances	☐ Autre

* assuré(e) ou membre de sa famille

5 Raison du traitement ☐ Urgence ☐ Traitement prévu

6 Diagnostic / Raison du traitement

Type et période de traitement

☐ Ambulatoire

Début du traitement Fin du traitement

☐ Stationnaire* (avec nuit à l'hôpital)

Début du traitement Fin du traitement

* Les rapports médicaux doivent impérativement être envoyés.

Le traitement a-t-il été dispensé dans une clinique privée / un cabinet privé? ☐ Oui ☐ Non

Un transport a-t-il été effectué?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez joindre le rapport du transport.

Nom et adresse du/de la médecin traitant(e)

Nom et adresse de l'hôpital

Quels traitements ont été dispensés?

7 Avez-vous été en contact avec l'assistance EGK?

☐ Oui ☐ Non

8 Autre couverture d'assurance

a) Avez-vous souscrit une assurance vacances
et voyages auprès d'une autre compagnie?
Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurance?

☐ Non

☐ Oui, nom et adresse de l'assurance

Numéro de police

b) Avez-vous déclaré l'événement auprès de cette
compagnie d'assurance?

☐ Oui

☐ Non

c) Êtes-vous également assuré(e) auprès d'une autre
compagnie en cas d'ACCIDENT et/ou de MALADIE?

☐ No

☐ Oui, nom et adresse de l'assurance

Numéro de police

Avez-vous déclaré l'événement auprès de cette
compagnie?

☐ Oui

☐ Non

Des prestations ont-elles été versées ou sont-elles
prévues?

☐ Non

☐ Oui, d'un montant de CHF

Remarques complémentaires sur les traitements
avant le séjour à l'étranger

9 Pour les factures illisibles ou en langue étrangère (autres alphabets), nous vous prions
de bien vouloir envoyer une traduction officielle (en allemand ou en anglais).

Récapitulation des frais

Toutes les factures doivent être mentionnées séparément!

Date de traitement	Nom de l'organisme de facturation (médecin, hôpital, pharmacie, etc.)	Monnaie	Montant

Exhaustivité

Votre demande ne pourra être traitée que si le questionnaire a été rempli dans son intégralité.

Procuration / signature

La personne assurée confirme avoir répondu aux questions ci-dessus de manière exhaustive et véridique. Elle autorise EGK-Caisse de Santé à se procurer toutes les informations nécessaires à l'évaluation de l'obligation en matière de prestations et à l'examen des factures auprès de l'ensemble des services administratifs, publics et privés impliqués, des membres du personnel médical et médico-thérapeutique, des autres compagnies d'assurance et des employeurs. Elle libère les membres du personnel médical de leur obligation de secret médical et les autres services d'une éventuelle obligation de secret professionnel. EGK-Caisse de Santé est autorisée dans la même mesure à envoyer aux services susmentionnés des documents ou informations nécessaires à l'évaluation de l'obligation en matière de prestations. La procuration porte sur l'événement actuel mentionné dans le questionnaire et peut être révoquée par écrit.

Lieu et date

Signature de la personne assurée
ou du/de la représentant(e) légal(e)

EGK-Caisse de Santé

Birspark 1, 4242 Laufon
Téléphone 061 765 51 11
info@egk.ch, egk.ch