

Questionnaire concernant les traitements d'urgence à l'étranger

Le questionnaire doit être complété par la personne assurée, respectivement par son représentant légal. Il y a lieu de répondre intégralement à toutes les questions. Nous vous prions de faire parvenir le formulaire accompagné des factures par retour du courrier à l'adresse suivante: EGK-Caisse de santé, Service Center, 4242 Laufen.

Prénom Nom Tél. privé
Numéro d'assuré(e) Tél. mobile

1 S'agit-il d'une/d'un

- Maladie Accident. En cas d'accident, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions 5–6 et de remplir également le formulaire d'avis d'accident de l'EGK. Ce formulaire peut être obtenu à l'adresse www.egk.ch (Formulaires) ou par l'intermédiaire de votre agence.

2 Quand et dans quel pays êtes-vous tombé(e) malade?

.....

3 Quelle est la raison pour laquelle un médecin, un thérapeute a été consulté et la raison pour laquelle vous avez été hospitalisé(e) (diagnostic)?

.....
.....

4 Durée du traitement:

Traitements ambulatoires du au

Quels sont les traitements qui ont été effectués?

.....

Séjour hospitalier du au

5 Dates du voyage du au

6 Avez-vous conclu une assurance vacances?

- Non Oui. Auprès de quelle compagnie? Numéro de police?

.....

7 Remarques/Observations

.....

La personne soussignée déclare avoir répondu aux questions susmentionnées conformément à la vérité.

Lieu, date Signature

Récapitulatif des frais

Prénom Nom Tél. privé
Numéro d'assuré(e) Tél. mobile

Dates de traitements	Organismes de facturation (Médecin, hôpital, etc.)	Pays	Monnaie	Montants
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dates d'achats	Médicaments (Nom du produit)	Pays	Monnaie	Montants
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Lieu, date Signature