

Questionario per cure d'urgenza all'estero

Il presente questionario dev'essere compilato dalla persona assicurata rispettivamente dal suo rappresentante legale. È imperativo rispondere integralmente a tutte le domande. La invitiamo ad inviare a stretto giro di posta il presente formulario e le fatture all'indirizzo seguente: EGK-Cassa della salute, Service-Center, 4242 Laufen.

Nome Cognome Tel. privato
Assicurato/a no. Tel. cellulare

1 Si tratta di

- Malattia Infortunio. In caso d'infortunio, le chiediamo di rispondere unicamente alle domande 5 e 6 e di compilare il formulario «Avviso d'infortunio» dell'EGK. Può scaricare il formulario nel nostro sito, all'indirizzo www.egk.ch (sotto «Consulenza EGK/Formulari»), oppure richiederlo alla sua agenzia.

2 Quando e in quale paese si è ammalato/a?

3 Per quale motivo ha consultato un medico, un terapeuta o si è recato/a in ospedale (diagnosi)?

4 Durata del trattamento:

Cure ambulatoriali Dal al

Quali trattamenti sono stati effettuati?

Degenza ospedaliera Dal al

5 Date del viaggio Dal al

6 Ha concluso un'assicurazione vacanze e viaggi?

- No Sì. Presso quale società d'assicurazione? Polizza no.?

7 Osservazioni

Apponendo la sua firma, il/la sottoscritto/a dichiara di aver risposto in modo veritiero alle domande sopracitate.

Luogo, data Firma

Elenco dei costi

Nome Cognome Tel. privato
Assicurato/a no. Tel. cellulare

Data del trattamento	Emittente della fattura (medico, ospedale, ecc.)	Paese	Moneta	Importo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data dell'acquisto	Medicinale (nome del prodotto)	Paese	Moneta	Importo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Luogo, data Firma