

## 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 \_\_\_\_\_

Numéro d'assuré(e) \_\_\_\_\_ Téléphone privé \_\_\_\_\_ Téléphone 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](http://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 \_\_\_\_\_

## Récapitulation des frais

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
 Numéro d'assuré(e) \_\_\_\_\_ Téléphone privé \_\_\_\_\_ Téléphone 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 \_\_\_\_\_