Formulaire de déclaration « Traitement à l'étranger »

(maladie / accident)

aquilana
Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, CH-5401 Baden
+41 56 203 44 11, leistungen@aquilana.ch
www.aquilana.ch

Formulaire de déclaration « Traitement à l'étranger » (maladie / accident)

Conformément aux dispositions légales et contractuelles (loi sur l'assurance-maladie LAMal / conditions générales d'assurance CGA), les prestations assurées ne sont fournies **à l'étranger que pour les interventions d'urgence.** Il y a intervention d'urgence lorsqu'un traitement médical est nécessaire lors d'un séjour temporaire à l'étranger et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Afin que nous puissions contrôler correctement votre droit aux prestations, nous vous prions de répondre aux questions ci-dessous et de nous retourner ce questionnaire ainsi que la feuille annexée dûment complétés, y compris les **factures originales détaillées** (les quittances de carte de crédit et les tickets de caisse ne sont pas suffisants). Merci d'avance !

Données personnelles

Nom	_____	**Prénom**	_____
Date de naissance	_____	**N° d'assuré/e**	_____
Rue, n°	_____	**NPA, localité**	_____
Tél. privé	_____	**Tél. prof.**	_____

Prière de répondre à toutes les questions

Où (localité / pays) êtes-vous tombé / e malade ou avez-vous été accidenté / e ? _____

Etes-vous ou étiez-vous en vacances dans ce pays ? ☐ oui ☐ non

Si non:
autres raisons? _____

Genre de maladie ou d'accident (diagnostic)? _____

Suiviez-vous un traitement médical avant votre séjour à l'étranger ? ☐ oui ☐ non

Si oui:
pourquoi? _____
chez qui? _____
depuis combien de temps? _____

Avez-vous conclu une assurance voyage séparée ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous une autre assurance maladie, accidents ou par convention ? ☐ oui ☐ non

Si oui, chez quelle compagnie (nom / adresse) ? Si chez Aquilana : prière de joindre une copie de la quittance du paiement.

_____

_____

Avez-vous annoncé votre départ à votre commune en Suisse ? ☐ oui ☐ non

Le / la soussigné / e déclare avoir répondu de manière conforme à la vérité aux questions ci-dessus. Par la présente, Aquilana est expressément habilitée à obtenir, de la part d'autres assureurs, de médecins, d'hôpitaux, etc. ainsi que de la police et de juridictions, des informations afin de déterminer votre droit aux prestations

Lieu et date _____

Signature de l'assuré / e / de son représentant légal _____

Annexe : feuille d'accompagnement au formulaire de déclaration « Traitements à l'étranger »

Feuille d'accompagnement

au formulaire de déclaration « Traitements à l'étranger » (maladie / accident)

aquilana
Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, CH-5401 Baden
+41 56 203 44 11, leistungen@aquilana.ch
www.aquilana.ch

N°	Nom et genre du fournisseur Traitement de prestations du – au (p.ex. médecin / hôpital)	Traitement de prestations du – au	Motif du traitement (diagnostic)	Monnaie	Montant
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Remarque complémentaires :