

# Formulaire de déclaration « Traitement à l'étranger »

(maladie / accident)



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, Postfach, 5401 Baden  
Tel. +41 56 203 44 44, Fax +41 56 203 44 99  
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 c. 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° ass.	_____
Rue / N°	_____	NPA / localité	_____
Tél. privé	_____	Tél. prof.	_____

### Prrière 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,  oui  non

accidents ou par convention ?

**Si oui, chez quelle compagnie (nom / adresse) ? Si chez Aquilana :**  
prrière 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)



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, Postfach, 5401 Baden  
Tel. +41 56 203 44 44, Fax +41 56 203 44 99  
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 :