## Déclaration en cas de traitement à l'étranger/maladie

Veuillez remplir intégralement ce formulaire. Pour que nous puissions traiter votre cas rapidement et éviter les demandes de précision inutiles.		
Informations sur la personne assurée		
Prénom:	Nom:	
Rue, n°.:	NPA, lieu:	
Téléphone privé/mobile:	Téléphone professionnel:	
E-mail:	Activité professionnelle:	
Date de naissance:		
Agence ÖKK responsable:		
Informations sur l'assurance complémentaire (si disponible)  Avez-vous conclu une assurance voyages? □ oui □ non  Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurance (indiquer le nom et l'adresse)?		
N° d'assuré:		
Nom et prénom du preneur d'assurance:		
Avez-vous une autre assurance-maladie et accidents?   oui   non		
Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurance (indiquer le nom et l'adresse)?		
Informations sur le séjour à l'étranger  Motif du séjour à l'étranger:   Vacances   Travail   Domicile à l'étranger   Autre motif		
Durée du séigur prévu: du	au	

N° d'assuré:

-
2
-
,
3
7
-
C
C
2

## Informations sur l'événement Date: Pays/lieu:

Date. 1 ays/neu.		
Motif du traitement: ☐ Maladie ☐ Accident ☐ Maternité (s'il s'agit d'un accident, envoyer le formulaire rempli)		
Par suite de: ☐ Accident ☐ Examen de contrôle ☐ Traitement complémentaire ☐ Traitement prévu		
Avez-vous pris contact avec notre centrale d'alarme? □ oui □ non		
Avez-vous présenté votre carte d'assuré ÖKK? □ oui □ non		
Si oui, avez-vous participé aux frais de traitement sur place?		
Si ce n'est pas le cas, pourquoi?		
Informations détaillées sur l'événement  Genre d'affection(s)/diagnostic précis: (joindre le rapport médical, si disponible)		
Type de traitement: □ ambulatoire chez le médecin/à l'hôpital: du au		
□ stationnaire à l'hôpital: du au		
Quels traitements/soins médicaux ont été dispensés en détail?		
Quels médicaments vous ont été prescrits (veuillez dresser une liste détaillée des différents médicaments)?		
L'affection citée existait-elle avant votre voyage? □ oui □ non		
Si oui, qui a été votre dernier médecin traitant en Suisse? (veuillez indiquer le nom et l'adresse)		
Qui assure la poursuite du traitement en Suisse? (veuillez indiquer le nom et l'adresse)		
Avez-vous dû être rapatrié(e) en Suisse pour des raisons médicales?   oui   non  (si oui, veuillez joindre la confirmation de réservation du voyage)		
Date du retour:		
Etes-vous donateur/rice de la Rega? □ oui □ non		

## Coûts

Total de la facture: (veuillez joindre le document d'origine/la quittance ou la confirmation de débit de la banque)	
en monnaie étrangère:	en francs suisses
Remarques:	
•	vous prions d'annexer aux factures illisibles ou rédigées dans une langue étrangère iglais) une courte description du contenu (traduction) et des montants de la facture re.
Par la présente, l'assuré/e soussigné/e ou son représentant légal déclare avoir répondu aux questions susmentionnées de façon conforme à la vérité. Il/elle nous autorise à prendre des renseignements auprès d'autres assureurs, de médecins, de la police et d'instances judiciaires. Il/elle autorise en outre ces derniers à fournir des renseignements.	
Lieu/date:	Signature de la personne assurée/du représentant légal: