

Meldung für Auslandsrechnung

Hinweis: Gemäss Art. 36 Abs. 2 KVV darf die SLKK nur die Kosten für Notfallbehandlungen im Ausland übernehmen.

Wir bitten Sie, sämtliche Fragen **vollständig** zu beantworten und das Formular zusammen mit allen Rechnungen und allfälligen Beilagen unterzeichnet zurückzusenden.

Versicherte Person			
Name:	Vorname:		
Strasse:	PLZ/Ort:		
Geb. Datum:	Versicherten-Nr.:		
Telefon (gut erreichbar):	E-Mail:		
Grund des Auslandsaufenthaltes			
<input type="checkbox"/> Ferien	Reisedaten von:	bis:	
<input type="checkbox"/> Geschäftlich	Reisedaten von:	bis:	
<input type="checkbox"/> andere Gründe	Reisedaten von:	bis:	
Haben Sie eine Reise-/Ferienversicherung abgeschlossen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, bei welcher Versicherung (Name und Anschrift):			
Behandlung			
Für Behandlungen im einem EU/EFTA-Staat**			
Wurde die europäische Versichertenkarte vorgewiesen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde die Karte vom Leistungserbringer akzeptiert?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, warum nicht?			
Behandlungsdauer		vom	bis
Ort und Land:			
Handelt es sich bei der Behandlung um			Kosten*
Plötzliche Erkrankung:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein CHF
Wenn ja, wann trat die Krankheit erstmals auf:			
Krankheit:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein CHF
Unfall (wenn ja, bitte Unfallformular ausfüllen):		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein CHF
ambulant beim Arzt:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein CHF
ambulant im Spital:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein CHF
Spital stationär von:		bis:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein CHF
Medikamente:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein CHF

* Bitte legen Sie die Rechnungen im Original bei. Wir bitten Sie zudem eine Aufstellung über Inhalt und Rechnungsbeträge in der jeweiligen Landeswährung beizulegen. Verwenden Sie dazu das Formular «Rechnungsaufstellung bei Erkrankung oder Unfällen während eines Auslandsaufenthaltes». Sie helfen uns damit Verzögerungen in der Schadenregulierung zu vermeiden.

** Behandlungskosten aus einem EU/EFTA-Staat, welche nicht über die Versichertenkarte abgerechnet werden, muss die SLKK bei der zuständigen nationalen Stelle im Behandlungsland zur Prüfung einreichen. Es kann deshalb zu Verzögerungen in der Bearbeitung und in der Rückerstattung der Kosten kommen.

Wir danken für Ihre Bemühungen und stehen Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung.

Der unterzeichnende Versicherte, bzw. sein gesetzlicher Vertreter, erklärt hiermit, die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Er ermächtigt uns, bei anderen Versicherungsträgern, Ärzten, Polizei- und Gerichtsstellen Auskunft einzuholen und er ermächtigt diese zur Auskunftserteilung.

Ort und Datum

Unterschrift (Versicherungsnehmer/in, Familienvorstand, gesetzliche/r Vertreter/in)

Rechnungsaufstellung bei Erkrankungen oder Unfällen während eines Auslandsaufenthaltes

Wir bitten Sie, die Fragen vollständig zu beantworten und uns das Formular mit allfälligen Beilagen innert 10 Tagen unterzeichnet zurückzusenden. Wir weisen Sie darauf hin, dass es die gesetzliche Pflicht des Versicherten ist, der SLKK eine beglaubigte Übersetzung zu zustellen, sollte dies zur Prüfung des Leistungsfalles und Festsetzung von Versicherungsleistungen notwendig sein.

Versicherte Person

Name: _____ Vorname: _____
Geb. Datum: _____ Versicherten-Nr.: _____
Telefon für Rückfragen: _____

Beilagen

Anzahl Rechnungen: _____ Wechselkursbeleg

Vom Versicherten auszufüllen

Behandlungsdatum	Rechnungssteller (Arzt, Spital usw.)	Land	Währung	Betrag
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Bezugsdatum	Medikamente (Name des Produktes) inkl. ärztliche Verordnung	Land	Währung	Betrag
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Ort und Datum

Unterschrift (Versicherungsnehmer/in, Familienvorstand, gesetzliche/r Vertreter/in)