

Meldung für Auslandsrechnung

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):	
Behandlungsdauer vom:	bis:

Behandlung

Handelt es sich bei der Behandlung um:		
Plötzliche Erkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wann trat die Krankheit erstmals auf:		
Krankheit:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Unfall (wenn ja, bitte Unfallformular ausfüllen):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
ambulant beim Arzt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
ambulant im Spital:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spital stationär von:	bis:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Medikamente:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Beschwerden/Verletzung/Diagnose

Art der Beschwerden/Verletzung, Diagnose:	
Ort und Land:	
Rechnungstotal in Fremdwährung*:	Rechnungstotal in CHF:

* Bitte legen Sie die Rechnungen im Original bei. Bei unleserlichen bzw. fremdsprachigen Rechnungen bitten wir Sie eine kurze 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.

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)

