Zur Helsana-Gruppe gehören Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG und Helsana Unfall AG.

Helsana

Erhebung über Erkrankungen oder Unfälle während eines Auslandaufenthalts

Wir bitten Sie, die Fragen vollständig zu beantworten und uns das Formular mit allfälligen Beilagen **innert 30 Tagen** unterzeichnet zurückzusenden: Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich

Versicherte Person

Name, Vorname	
Geburtsdatum	E-Mail
Versicherten-Nr.	
Telefon (häufigste Erreichbarkeit)	

Bitte jede Frage beantworten (Fragen 5-15 müssen nur bei Unfall beantwortet werden).

1. In welchem Ort (Land) sind Sie erkrankt oder verunfallt?

2. Aufenthalt
a. Grund des Auslandaufenthalts?
○ Ferien ○ Studium/Schule ○ Geschäftsreise ○ Entsandter
○ zum Zweck der Behandlung ○ zweiter Wohnsitz
andere Gründe:

b. Seit wann befinden Sie sich im Ausland?
Reisedatum vom: bis:

c. Haben Sie sich in der Schweiz in Ihrer Gemeinde abgemeldet?
○ nein ○ ja

3. Handelt es sich um eine plötzliche Erkrankung?
○ nein ○ ja
Art der Erkrankung:

4. Handelt es sich um einen Unfall?
○ nein ○ ja

Unfalldetails

5. Unfalldatum

6. Unfallzeit

7. Unfallhergang

8. Unfallzeitpunkt
a. Waren Sie zum Unfallzeitpunkt in einem Anstellungsverhältnis?
○ angestellt ○ Lernende(r) ○ selbständig

b. Wenn nein: Was ist der Grund?
○ nicht erwerbstätig ○ Schüler(in)/Student(in)
○ IV/AHV-Rentner(in) ○ Praktikant(in)

9. Beziehen oder bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung?
○ nein ○ ja
Zeitraum vom: bis:

10. Arbeitsstunden pro Woche

11. Letzter Arbeitgeber vor dem Unfallereignis
vom: bis:

12. Waren weitere Personen am Unfall beteiligt?
○ nein ○ ja
Name und Adresse

13. Wurde ein Polizeirapport erstellt oder ein Europäisches Schadenformular ausgefüllt?
○ nein ○ ja
Bei welcher Amts- oder Polizeistelle?

HEL-01743-de-1025-0005-09000

Versicherte Person

Name, Vorname	Versicherten-Nr.

Verletzung

14. Betroffener Körperteil	**15. Art der Verletzung**	○ links	○ rechts

Weitere Angaben

16. Detailangaben a. Behandlungszeitraum	vom:		bis:
b. Waren Sie zu diesem Zeitraum schwanger?	○ nein	○ ja	Schwangerschaftswoche
17. Bezahlung In welcher Fremdwährung wurden die Rechnungen bezahlt?			
18. Hatten Sie Kontakt mit unserer Notrufzentrale?	○ nein	○ ja	
19. Waren Sie vor dem Auslandaufenthalt in Behandlung?	○ nein	○ ja, warum?	
	Bei wem?		
	Wie lange?		

Versicherung

20. Versicherungsinformationen			
a. Haben Sie eine separate Reiseversicherung abgeschlossen?	○ nein		
	○ ja, bei welcher Gesellschaft?		
	○ inkl. Heilungskostendeckung?		
b. Besteht eine anderweitige Versicherung?	○ nein	○ ja	
Art der Versicherung	○ Abredeversicherung	○ Unfallversicherung nach UVG	
	○ Private Unfallversicherung		
Name der Versicherung			
c. Deckung für Such-, Bergungs- oder Rückführungskosten	○ ETI-Schutzbrief	○ Kreditkarte	○ Rega
	○ andere, welche?		

Ermächtigung

Ich bestätige die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Mit der Einreichung dieses Formulars entbinde ich Spitäler, Ärztinnen, Ärzte sowie medizinisches Personal, Behörden, die externe Notrufzentrale, Schweizer Vertretungen im Ausland, Amtsstellen und andere Versicherungsgesellschaften inkl. Sozialversicherungen, zum Zweck der Leistungs- und/oder Betrugsprüfung, von ihrer gesetzlichen, beruflichen und/oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der Helsana Versicherungen AG, gegenüber der Helsana Zusatzversicherungen AG und gegenüber der Helsana Unfall AG. Weiter ermächtige ich die genannten Versicherer, die im Zusammenhang mit der Behandlung oder laufenden Abklärungen erforderlichen Auskünfte an Dritte zu erteilen und die für die Regressforderung massgebenden Unterlagen an die beteiligten Haftpflichtversicherungen bzw. haftpflichtigen Dritten auszuhändigen. Dazu entbinde ich die genannten Versicherer von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht. Bei nachgewiesenem, vorsätzlichem Missbrauch behalten wir uns vor, die im Rahmen der Abklärung entstandenen Kosten der verursachenden Person zu belasten.

Ort und Datum	Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters

HEL-01743-de-1025-0005-09000