

## Erhebung über Erkrankungen oder Unfälle während eines Auslandsaufenthaltes

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	_____
Versicherten-Nr.	_____
Telefon (häufigste Erreichbarkeit)	_____
E-Mail	_____
Fall-Nr. (ID)	_____

Bitte jede Frage beantworten (Fragen 5–16 müssen nur bei Unfall beantwortet werden).

- 1 In welchem Ort (Ortschaft und Land) sind Sie erkrankt oder verunfallt?  
\_\_\_\_\_
- 2 a) Grund des Auslandsaufenthaltes
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ferien                   | <input type="checkbox"/> Studium/Schule   |
| <input type="checkbox"/> Geschäftsreise           | <input type="checkbox"/> Entsandter       |
| <input type="checkbox"/> zum Zweck der Behandlung | <input type="checkbox"/> Zweiter Wohnsitz |
| <input type="checkbox"/> Andere Gründe: _____     |   |
- b) Seit wann befinden Sie sich im Ausland? Reisedaten vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- c) Haben Sie sich in der Schweiz bei Ihrer Gemeinde abgemeldet?  
 Nein  Ja
- 3 Handelt es sich um eine plötzliche Erkrankung?  
 Nein  
 Ja, Art der Krankheit: \_\_\_\_\_
- 4 Handelt es sich um einen Unfall?  
 Nein  Ja

### Unfalldetails

- 5 Unfalldatum \_\_\_\_\_
- 6 Unfallzeit \_\_\_\_\_
- 7 Unfallhergang \_\_\_\_\_
- 8 a) Waren Sie zum Unfallzeitpunkt in einem Anstellungsverhältnis?  
 Angestellt  Lernender  Selbstständig
- 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 Der Unfall ereignete sich  
 Auf dem Arbeitsweg  
 Auf der Arbeit  
 Ausserhalb der Arbeit/in der Freizeit
- 11 Arbeitsstunden pro Woche \_\_\_\_\_
- 12 Letzter Arbeitgeber vor dem Unfallereignis  
Name, Adresse, PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- 13 War eine Drittperson am Unfall beteiligt?  
 Nein  Ja  
Name, Vorname, Adresse, PLZ, Ort \_\_\_\_\_
- 14 Wurde ein Polizeirapport erstellt?  
 Nein  Ja  
Durch welche Polizeistelle/Name des Polizisten?  
\_\_\_\_\_

Name, Vorname  
Geburtsdatum  
Versicherten-Nr.

E-Mail  
Fall-Nr. (ID)

### Verletzung

15 Betroffener Körperteil **16** Art der Verletzung  links  rechts

### Weitere Angaben

17 a) Behandlungszeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
b) Waren Sie zu diesem Zeitpunkt schwanger?  Nein  Ja, Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_  
18 a) In welcher Fremdwährung wurden die Rechnungen bezahlt? \*  
b) Zu welchem Kurs haben Sie gewechselt? (Wenn vorhanden, Kopie des Geldumtausches beilegen)  
c) Kosten der Behandlung in Schweizer Franken? CHF \_\_\_\_\_  
19 Hatten Sie Kontakt mit unserer Notrufzentrale?  Nein  Ja  
20 Waren Sie vor dem Auslandsaufenthalt in Behandlung?  Nein  Ja, warum? \_\_\_\_\_  
Bei wem? \_\_\_\_\_  
Wie lange? \_\_\_\_\_

\* Bitte legen Sie die Rechnungen 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 Erkrankungen oder Unfällen während eines Auslandsaufenthaltes». Sie helfen uns damit Übersetzungskosten und Verzögerungen bei der Schadenregulierung zu vermeiden.

### Versicherung

21 a) Haben Sie eine separate Ferienreiseversicherung abgeschlossen?  Nein  Ja, bei welcher Gesellschaft? \_\_\_\_\_  
 inkl. Heilungskostendeckung  
b) Besteht eine anderweitige Versicherung?  Nein  Ja  
Art der Versicherung  Abredeversicherung  Private Unfallversicherung  Unfallversicherung nach UVG  
Name der Versicherung \_\_\_\_\_  
c) Deckung für Such-, Bergungs- oder Rückführungskosten  ETI-Schutzbrief  Kreditkarte  REGA  Andere, welche? \_\_\_\_\_

### Ermächtigung/Unterschrift

Ich bestätige hiermit, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Mit meiner Unterschrift entbinde ich Spitäler, Ärzte sowie medizinisches Personal, Behörden, externe Notrufzentrale, Schweizer Vertretungen im Ausland, Amtstellen und andere Versicherungsgesellschaften von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber dem im Briefkopf aufgeführten Versicherer und gegenüber Helsana Zusatzversicherungen AG und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit der Behandlung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Zudem ermächtige ich den im Briefkopf aufgeführten Versicherer und Helsana Zusatzversicherungen AG, die für die Regressforderung massgebenden Unterlagen an die beteiligten Haftpflichtversicherungen bzw. haftpflichtigen Dritten auszuhändigen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

X

## Rechnungsaufstellung bei Erkrankungen oder Unfällen während eines Auslandsaufenthaltes

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 \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Beilagen**  Rechnungen  Beleg für Wechselkurs

### Vom Versicherten auszufüllen

Behandlungs- datum	Rechnungssteller (Arzt, Spital, usw.)	Behandlungs- grund	Währung	Betrag
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Bezugsdatum	Medikamente (Name des Produktes)	Behandlungs- grund	Währung	Betrag
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum X Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters