

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

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

Bezugsdatum	Medikamente (Name des Produktes)	Behandlungsgrund	Währung	Betrag
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Ort und Datum _____

X

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters