

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
Versicherten-Nr.	Telefon
	E-Mail

Bitte jede Frage beantworten (Fragen 5–11 müssen nur bei Unfall beantwortet werden).

- 1 In welchem Ort (Ortschaft und Land) sind Sie erkrankt oder verunfallt?
- 2 a) Grund des Auslandsaufenthaltes Ferien zum Zwecke der Behandlung Entsandter
 Geschäftsreise Studium/Schule Zweiter Wohnsitz
 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 a) Handelt es sich um einen Unfall? Nein Ja
- b) Wann hat sich der Unfall ereignet? Datum Uhrzeit
- 5 Genaue Beschreibung des Unfallherganges (Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere)
- 6 Art der Verletzung (genaue Bezeichnung, Körperteil, Zahn usw.)
- 7 a) Bei welchem Arbeitgeber waren Sie zum Unfallzeitpunkt angestellt?
- b) Anzahl Arbeitsstunden pro Woche?
- 8 a) Wenn Sie in keinem Angestelltenverhältnis waren: Was ist der Grund? selbstständig nicht erwerbstätig IV/AHV-Rentner
 Lehrling Praktikant Student/Schüler
- b) Letzter Arbeitgeber vor dem Unfallereignis? Name und Adresse
- Bei diesem Arbeitgeber angestellt von bis
- 9 Beziehen/bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung? Nein
 Ja, von bis
- 10 a) Hatte eine Drittperson Verschulden am Unfall? Nein
 Ja, Name und Adresse des Versicherungsträgers (Haftpflichtversicherung):
- b) Worin bestand das Verschulden?
- 11 Wurde ein Polizeirapport erstellt? Nein
 Ja, von welcher Amtsstelle (Name und Adresse)?

Versicherte Person	Name, Vorname
	Versicherten-Nr.

12 a) Behandlungszeitraum	von	bis	
b) Waren Sie zu diesem Zeitpunkt schwanger?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Schwangerschaftswoche:	
13 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		
14 Hatten Sie Kontakt mit unserer Notrufzentrale?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
15 Waren Sie vor dem Auslandsaufenthalt in Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, warum?	
	Bei wem?		
	Wie lange?		
16 a) Haben Sie eine separate Reiseversicherung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bei welcher Gesellschaft?	
	<input type="checkbox"/> inkl. Heilungskostendeckung		
b) Besteht eine weitere Kranken-, Unfall- oder Abreideversicherung im In- oder Ausland? (Private Kranken-/Unfallversicherung)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bei welcher Gesellschaft?	
c) Deckung für Such-, Bergungs- oder Rückführungskosten	<input type="checkbox"/> ETI-Schutzbrief	<input type="checkbox"/> Kreditkarte	<input type="checkbox"/> REGA
	<input type="checkbox"/> Andere, welche:		

* Bitte legen Sie die Rechnungen bei. Bei unleserlichen bzw. fremdsprachigen Rechnungen (Ausnahme: französisch, italienisch, englisch, spanisch, portugiesisch, türkisch, serbisch, albanisch) 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.

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 des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

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.

Beilagen Rechnungen Beleg für Wechselkurs

Vom Versicherten auszufüllen

Behandlungsdatum	Rechnungssteller (Arzt, Spital, usw.)	Behandlungsgrund	Währung	Betrag
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Bezugsdatum	Medikamente (Name des Produktes)	Behandlungsgrund	Währung	Betrag
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Ort und Datum **Unterschrift der/des Versicherten**