

Auslandfragebogen

Für Notfallbehandlungen

Dieses Formular ist durch die versicherte Person, beziehungsweise deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Alle zutreffenden Fragen sind vollständig zu beantworten und das Formular umgehend unterzeichnet an die am Schluss des Dokumentes aufgeführte Adresse zu senden. Bei Fragen hilft unser Kundenservice-Center 0844 277 277 gerne weiter. Vielen Dank.

Kundennummer

1 Allgemeine Auskünfte

1.1 Versicherte Person

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

1.2 Kontakt

Telefon Privat	Mobile	Telefon Geschäft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Wo?	Privat <input type="checkbox"/>	Mobile <input type="checkbox"/> Geschäft <input type="checkbox"/>

2 Fragen

2.1 Handelt es sich um

Krankheit
 Unfall, bitte ebenfalls Unfallanzeige vollständig ausfüllen
 Mutterschaft

2.2 Art der Erkrankung bzw. der Verletzung

Genauere Umschreibung, Art der Erkrankung bzw. der Verletzung oder genaue Schilderung des Ereignisses

2.3 Wann und wo sind Sie erkrankt bzw. verunfallt?

Datum	Zeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.4 Welche Behandlungen wurden im Ausland durch den Arzt bzw. das Spital durchgeführt?

2.5 Dauer der Behandlung

Ambulante Behandlung

Stationäre Behandlung

Datum

bis

Datum

bis

2.6 Kosten der Behandlung

 CHF Fremde Währung, welche

Ambulante Behandlung

Stationäre Behandlung

	CHF	Fremde Währung
Arztkosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medikamente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	CHF	Fremde Währung
Spitalkosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medikamente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.7 Erstbehandelnder Arzt/Spital im Ausland bzw. in der Schweiz

Vorname

Name

Spital

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Land

2.8 Weiterbehandlung durch Arzt/Spital im Ausland bzw. in der Schweiz

Vorname

Name

Spital

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Land

2.9 Waren Sie wegen des Leidens vorgängig bereits in der Schweiz in ärztlicher Behandlung?

 Ja Nein

Wenn Ja, wann und bei wem?

Datum

bis

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

2.10 Sind Sie noch anderweitig versichert (Krankheit/Unfall/Transportkosten/ETI-Schutzbrief usw.)?

 Ja Nein

Wenn Ja, welche Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft

Police-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Haben Sie das Ereignis dieser Versicherung schon gemeldet?

 Ja Nein

2.11 Haben Sie eine separate Reiseversicherung abgeschlossen?

Bei der CSS? Ja Nein

Bei einer anderen Versicherungsgesellschaft? Ja Nein

Wenn Ja, bei welcher anderen Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft Police-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Strasse, Hausnummer PLZ/Ort

2.12 Dauer und Grund des Auslandsaufenthaltes

Datum von bis

2.13 Wo befindet sich Ihr gesetzlicher Wohnsitz?

Strasse, Hausnummer PLZ/Ort

2.14 Haben Sie sich am letzten Wohnort in der Schweiz abgemeldet?

Ja, per Nein

**2.15 Für Personen, die vom Arbeitgeber ins Ausland entsandt wurden:
Wann wurden Sie durch Ihren CH-Arbeitgeber ins Ausland entsandt?**

Name und Adresse des Arbeitgebers

2.16 Leistungsempfängerangaben

Versicherte Person Anderer Leistungsempfänger

Vorname Name Kundennummer

Strasse, Hausnummer/Postfach Adresszusatz PLZ/Ort

Gutschrift auf Konto

IBAN

Name Ihres Finanzinstituts

2.17 Bemerkungen

Die unterzeichnende Person erklärt, alle Fragen auf allen Seiten wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Mit der Unterzeichnung des Auslandfragebogens wird die CSS ermächtigt, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden resp. ihren Gesellschafts- und Vertrauensärzten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind. Die involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber der CSS von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis befreit.

Die unterzeichnende Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten Auskunft zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Rechtsträger für die Grundversicherung (KVG): CSS Kranken-Versicherung AG

Rechtsträger für Versicherungen nach VVG: CSS Versicherung AG

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter

Anschrift des Versicherers:

CSS, Service Center, Postfach 2550, 6002 Luzern