

# 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 Contact 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

von

bis

Datum

von

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

von

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 Grundversicherung (KVG): CSS Kranken-Versicherung AG, Arcosana AG\*

Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG

\*Ihren Rechtsträger für Grundversicherung (KVG) entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungspolice.

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter

**Anschrift des Versicherers:**

CSS, Service Center, Postfach 2550, 6002 Luzern