

# IHP-Leistungen

## Formular zur Rückerstattung

Um eine **speditive und korrekte Rückerstattung durchführen zu können, bitten wir Sie «Wichtiges in Kürze» auf unserer Internetseite unter [css.ch/ihp](http://css.ch/ihp) für Auslandschweizer (IHP) zu lesen.**

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. Haben Sie Fragen? Unser Contact Center 0844 277 277 hilft Ihnen gerne weiter.

Kundennummer

### 1 Personalien

Familiennummer

Geschlecht

weiblich

männlich

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

Zusatzadresse

PLZ/Ort

Postfach

Geburtsdatum

E-Mail (freiwillig)

Gesetzlicher Wohnsitz, PLZ/Ort

Telefonnummern

Privat

Mobile

Geschäft

### 2 Ambulante Behandlungen

Krankheit

Unfall (bitte ebenfalls Unfallanzeige ausfüllen)

Mutterschaft

Behandlung

von

bis

Behandlung erfolgte durch

Ort/Land

Grund/Diagnose

Währung

Betrag

Welche Behandlung wurde durchgeführt?

Behandlung

von

bis

Behandlung erfolgte durch

Ort/Land

Grund/Diagnose

Währung

Betrag

Welche Behandlung wurde durchgeführt?

**Behandlung**

Behandlung erfolgte durch

Ort/Land

von

bis

Grund/Diagnose

Währung

Betrag

Welche Behandlung wurde durchgeführt?

**Behandlung**

Behandlung erfolgte durch

Ort/Land

von

bis

Grund/Diagnose

Währung

Betrag

Welche Behandlung wurde durchgeführt?

**Behandlung**

Behandlung erfolgte durch

Ort/Land

von

bis

Grund/Diagnose

Währung

Betrag

Welche Behandlung wurde durchgeführt?

### 3 Stationäre Behandlungen

<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall (bitte ebenfalls Unfallanzeige ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Mutterschaft
<b>Spitalaufenthalt</b>	<b>Spital/Klinik</b>	<b>Ort/Land</b>
von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Grund/Diagnose</b>	<b>Währung</b>	<b>Betrag</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Spitalaufenthalt</b>	<b>Spital/Klinik</b>	<b>Ort/Land</b>
von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Grund/Diagnose</b>	<b>Währung</b>	<b>Betrag</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Wurde der Fall der CSS-Notrufzentrale gemeldet?

Nein  Ja, wann

#### Bemerkungen

## Bemerkungen

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

Mit der Unterzeichnung des Formulars zur Rückerstattung 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: CSS Versicherung AG

<b>Ort</b>	<b>Datum</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter

**Wichtig:** Original-Rechnungen und Zahlungsnachweise beilegen.