

Fragebogen Unfall oder Krankheit während Auslandsaufenthalt

Versicherte Person: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Versicherungsnummer: _____

Wo sind Sie erkrankt oder verunfallt (Ortschaft und Land)?

Ortschaft:

Land:

Bitte nennen Sie uns den Grund für Ihren Auslandsaufenthalt:

- ☐ Ferien
- ☐ Geschäftsreise
- ☐ Studium/Schule
- ☐ Entsandter/Entsandte
- ☐ Zweiter Wohnsitz
- ☐ Zum Zwecke der Behandlung
- ☐ Andere Gründe _____

Wie lange dauert/-e Ihr Auslandsaufenthalt? (Datum der Hinreise und der (geplanten) Rückreise?)

Von:

Bis:

Haben Sie sich im Wohnstaat bei Ihrer Gemeinde abgemeldet?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Bitte nennen Sie uns den Grund für Ihre medizinische Behandlung:

- ☐ Notfall
- ☐ geplante Behandlung
- ☐ Unfall

Welche Diagnose haben Sie erhalten?**In welchem Zeitraum fand die Behandlung statt?**

Ambulant:

von

bis

Stationär (Übernachtung im Krankenhaus/Spital):

Von

bis

**In den EU- und EFTA-Staaten: Konnten Sie Ihre Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) vorlegen?
Wurde sie akzeptiert?**☐ Ja☐ Nein

Falls nein, Grund:

Liegt Ihnen ein medizinischer Bericht vor?☐ Ja. Bitte senden Sie uns diesen zusammen mit dem Formular und den Unterlagen ein.☐ Nein. Hinweis: Sympany kann diesen bei Bedarf bei Ihnen anfordern.**Welche Behandlungen wurden durchgeführt?**

Bitte nennen Sie uns folgende Details zur Behandlung: Leistungserbringer, Art der Behandlung, Dauer (z.B. 10-minütige Konsultation), Rechnungsbetrag.

In welcher Fremdwährung wurde/-n die Rechnung/-en bezahlt?

Fremdwährung:

Totalbetrag in Fremdwährung:

Bitte legen Sie die Rechnung/-en inkl. Zahlungsbestätigung/-en bei. Bei unleserlichen bzw. fremdsprachigen Rechnungen legen Sie bitte eine Aufstellung über Inhalt und Rechnungsbeträge bei.

Waren Sie vor dem Auslandsaufenthalt bereits wegen derselben Diagnose oder denselben Beschwerden in Behandlung?☐ Ja. Bitte machen Sie Angaben zur Diagnose und den Behandlungsdaten.☐ Nein**Falls es sich um einen Unfall handelt: Bitte nennen Sie uns Details dazu:**

Unfalldatum:

Unfallzeit:

Unfallhergang:

Waren Sie zum Unfallzeitpunkt in einem Anstellungsverhältnis?

- ☐ Ja, als
- ☐ Angestellte/-r
 - ☐ Lernende/-r

Nein, ich war

- ☐ selbständig erwerbstätig
- ☐ nicht erwerbstätig
- ☐ Schüler/-in oder Student/-in
- ☐ IV/AHV-Rentner/-in
- ☐ Praktikant/-in

War eine Drittperson am Unfall beteiligt?☐ Ja

Falls ja, bitte Name, Vorname, Adresse, PLZ und Wohnort der beteiligten Person angeben

☐ Nein**Hatten Sie Kontakt mit unserer Notfallzentrale (Medicall AG)?**☐ Ja☐ Nein**Haben Sie eine separate Ferien- und Reiseversicherung abgeschlossen?**

(Bitte geben Sie auch an, wenn solche Leistungen über Ihre TCS-Mitgliedschaft oder Ihren Kreditkartenanbieter gedeckt sind.)

☐ Ja, bei folgender Gesellschaft _____☐ Nein**Falls ja: Sind darin auch Heilungskosten gedeckt?**☐ Ja☐ Nein**Verfügen Sie über eine ergänzende Versicherung für Such-, Bergungs- oder Rückführungskosten?**☐ ETI Schutzbrief☐ Kreditkarte☐ REGA☐ Andere _____

Ich bestätige, die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich Sympany, bei allen involvierten Versicherungsträgern, Leistungserbringern, Polizei- und Gerichtsstellen die zur Abklärung der Leistungspflicht nötigen Auskünfte einzuholen.

Ort und Datum

Unterschrift