

Erhebung über Erkrankungen oder Unfälle während eines Auslandsaufenthalts

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

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bitte jede Frage beantworten (Fragen 5-15 müssen nur bei Unfall beantwortet werden).

1. In welchem Ort (Land) sind Sie erkrankt oder verunfallt?

2. Aufenthalt
a. Grund des Auslandsaufenthalts? Ferien Studium/Schule Geschäftsreise Entsandter
 zum Zweck der Behandlung zweiter Wohnsitz

andere Gründe:

b. Seit wann befinden Sie sich im Ausland?

Reisedatum vom: _____ bis: _____

c. Haben Sie sich in der Schweiz in Ihrer Gemeinde abgemeldet?

nein ja

3. Handelt es sich um eine plötzliche Erkrankung?

nein ja

Art der Erkrankung:

4. Handelt es sich um einen Unfall?

nein ja

Unfalldetails

5. Unfalldatum

6. Unfallzeit

7. Unfallhergang

8. Unfallzeitpunkt

a. Waren Sie zum Unfallzeitpunkt in einem Anstellungsverhältnis?

angestellt Lernende(r) selbständig

b. Wenn nein: Was ist der Grund?

nicht erwerbstätig Schüler(in)/Student(in)

IV/AHV-Rentner(in) Praktikant(in)

9. Beziehen oder bezogen Sie Arbeitslosenunterstützung?

nein ja

Zeitraum vom: _____ bis: _____

10. Arbeitsstunden pro Woche

11. Letzter Arbeitgeber vor dem Unfallereignis

vom: _____ bis: _____

12. Waren weitere Personen am Unfall beteiligt?

nein ja

13. Wurde ein Polizeirapport erstellt oder ein Europäisches Schadenformular ausgefüllt?

nein ja

Bei welcher Amts- oder Polizeistelle?

Versicherte Person

Verletzung

14. Betroffener Körperteil **15. Art der Verletzung** links rechts

Weitere Angaben

16. Detailangaben vom: bis:

a. Behandlungszeitraum

b. Waren Sie zu diesem Zeitraum schwanger? nein ja Schwangerschaftswoche

17. Bezahlung
In welcher Fremdwährung wurden die Rechnungen bezahlt?*

18. Hatten Sie Kontakt mit unserer Notrufzentrale? nein ja

19. Waren Sie vor dem Auslandsaufenthalt in Behandlung? nein ja, warum?
Bei wem?
Wie lange?

* Bitte legen Sie die Rechnungen bei. Bei unleserlichen bzw. fremdsprachigen Rechnungen bitten wir Sie, eine kurze Aufstellung über den Inhalt und Rechnungsbeträge in der jeweiligen Landeswährung beizulegen. Sie helfen uns damit Übersetzungskosten und Verzögerungen bei der Schadenregulierung zu vermeiden.

Versicherung

20. Versicherungsinformationen

a. Haben Sie eine separate Reiseversicherung abgeschlossen? nein ja, bei welcher Gesellschaft? inkl. Heilungskostendeckung?

b. Besteht eine anderweitige Versicherung? nein ja

Art der Versicherung Abredeversicherung Unfallversicherung nach UVG Private Unfallversicherung

Name der Versicherung

c. Deckung für Such-, Bergungs- oder Rückführungskosten ETI-Schutzbrief Kreditkarte Rega andere, welche?

Ermächtigung / Unterschrift

Ich bestätige hiermit, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Mit meiner Unterschrift entbinde ich Spitäler, Ärzte sowie medizinisches Personal, Behörden, externe Notrufzentrale, Schweizer Vertretungen im Ausland, Amtsstellen und andere Versicherungsgesellschaften von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber dem im Briefkopf aufgeführten Versicherer und gegenüber Helsana Zusatzversicherungen AG und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit der Behandlung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Zudem ermächtige ich den im Briefkopf aufgeführten Versicherer und Helsana Zusatzversicherungen AG, die für die Regressforderung massgebenden Unterlagen an die beteiligten Haftpflichtversicherungen bzw. haftpflichtigen Dritten auszuhändigen.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person
oder des gesetzlichen Vertreters

Rechnungsaufstellung bei Erkrankungen oder Unfällen während eines Auslandsaufenthalts

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

Beilagen

Rechnungen

Belege für Wechselkurs

Vom Versicherten auszufüllen

Behandlungsdatum	Rechnungssteller (Arzt, Spital, usw.)	Behandlungsgrund	Währung	Betrag
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Bezugsdatum	Medikamente (Name des Produktes)	Behandlungsgrund	Währung	Betrag
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person
oder des gesetzlichen Vertreters