

# 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 die CSS-Serviceline 0844 277 277 gerne weiter. Vielen Dank.

Personen-Nr.



### 1 Allgemeine Auskünfte

#### 1.1 Versicherte Person

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Strasse, Nr.	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?	Wo?	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Geschäft	<input type="text"/>

### 2 Fragen

#### 2.1 Handelt es sich um

Krankheit   
  Unfall, bitte ebenfalls Unfallanzeige vollständig ausfüllen

#### 2.2 Art der Erkrankung bzw. der Verletzung

Genauere Umschreibung, 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

Datum

von [ ] bis [ ]

von [ ] bis [ ]

2.6 Kosten der Behandlung

CHF  fremde Währung, welche [ ]

Ambulante Behandlung

Stationäre Behandlung

	CHF	fremde Währung
Arztkosten	[ ]	[ ]
Medikamente	[ ]	[ ]
Total	[ ]	[ ]

	CHF	fremde Währung
Spitalkosten	[ ]	[ ]
Medikamente	[ ]	[ ]
Total	[ ]	[ ]

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

Vorname

Name

[ ]

[ ]

Spital

Strasse, Nr.

[ ]

[ ]

PLZ, Ort

Land

[ ]

[ ]

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

Vorname

Name

[ ]

[ ]

Spital

Strasse, Nr.

[ ]

[ ]

PLZ, Ort

Land

[ ]

[ ]

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

Ja

Nein

Wenn Ja, wann und bei wem?

Datum

von [ ] bis [ ]

Vorname

Name

[ ]

[ ]

Strasse, Nr.

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, Nr.

PLZ, Ort

[ ]

[ ]

Haben Sie das Ereignis dieser Versicherung schon gemeldet?

Ja

Nein

**2.11 Haben Sie eine separate Ferien- und 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, Nr.

PLZ, Ort

**2.12 Dauer und Grund des Auslandsaufenthaltes**

Datum

von  bis

  
  

**2.13 Wo befindet sich Ihr gesetzlicher Wohnsitz?**

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

**2.14 Datum der Abmeldung am letzten Wohnort in der Schweiz**

Datum

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

Datum

**2.16 Bemerkungen**

  
  

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

Mit der Unterzeichnung des Auslandsfragebogens wird die CSS Versicherung 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 Versicherung 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 oder Auxilia Kranken-Versicherung 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