

IHP-Leistungen

Formular zur Rückerstattung

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.



Policen-Nr.

1 Personalien

Kundennummer	Familiennummer	Geschlecht	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Vorname		Name	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Strasse, Hausnummer		Zusatzadresse	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PLZ/Ort	Postfach	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail (freiwillig)	Gesetzlicher Wohnsitz, PLZ/Ort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefonnummern			
Privat <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/>	Geschäft <input type="text"/>	

2 Ambulante Behandlungen

<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall (bitte ebenfalls Unfallanzeige Seiten 3-5 ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Mutterschaft
Behandlung	Behandlung erfolgte durch	Ort /Land
von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grund/Diagnose	Währung	Betrag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behandlung	Behandlung erfolgte durch	Ort /Land
von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grund/Diagnose	Währung	Betrag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behandlung	Behandlung erfolgte durch	Ort /Land
von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grund/Diagnose	Währung	Betrag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wichtig: Original-Rechnungen beilegen.

<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall (bitte ebenfalls Unfallanzeige Seiten 3–5 ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Mutterschaft
Spitalaufenthalt	Spital/Klinik	Ort /Land
von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grund/Diagnose	Währung	Betrag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spitalaufenthalt	Spital/Klinik	Ort /Land
von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grund/Diagnose	Währung	Betrag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wichtig: Original-Rechnungen beilegen.

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 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter

CSS Versicherung
 IHP Leistungen
 Rösslimattstrasse 40, 6002 Luzern
 Tel. +41 58 277 20 10, Fax +41 58 277 25 50
 Notrufnummer +41 58 277 77 77
 E-Mail css.ausland@css.ch, www.css.ch/ihp

IHP-Leistungen

Unfallanzeige

1 Allgemeine Auskünfte

1.1 Beruf

1.2 Name des Arbeitgebers

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

2 Unfallhergang

2.1 Unfall

Datum

Zeit

Ort

Land

2.2 Genaue Beschreibung des Unfallherganges

2.3 Wurde ein Polizeirapport erstellt?

 Nein Ja, von welcher Amtsstelle

2.4 War eine Drittperson am Unfall beteiligt?

 Nein Ja ▶ Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen

2.5 Name, Adresse und Tel.-Nr. der Drittperson

Vorname

Name

Telefon

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

2.6 Name und Adresse der Haftpflichtversicherung der Drittperson

Name der Haftpflichtversicherung

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

2.7 1. Zeuge

Vorname	Name	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2.8 2. Zeuge

Vorname	Name	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2.9 Bei Sportunfall

Name des Vereins	
<input type="text"/>	
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Andere Versicherungen

3.1 Private Unfallversicherung Ja Nein

Wenn Ja, bitte Kopie der Police beifügen.

Name der Versicherungsgesellschaft	Policen-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

4.1 Art (z. B. Velo/Mofa/Auto)

Von Ihnen benutztes Fahrzeug	Fahrzeug der Drittperson
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.2 Halter (Eigentümer) des von Ihnen benutzten Fahrzeuges

Vorname	Name	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4.3 Halter (Eigentümer) des Fahrzeuges der Drittperson

Vorname	Name	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4.4 Lenker des von Ihnen benutzten Fahrzeuges

Vorname	Name	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4.5 Lenker des Fahrzeuges der Drittperson

Vorname	Name	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4.6 Haftpflichtversicherung des Lenkers des von Ihnen benutzten Fahrzeuges

Name der Versicherungsgesellschaft	Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.7 Haftpflichtversicherung des Lenkers des Fahrzeuges der Drittperson

Name der Versicherungsgesellschaft	Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.8 Insassenversicherung des Lenkers des von Ihnen benutzten Fahrzeuges

Name der Versicherungsgesellschaft	Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.9 Insassenversicherung des Lenkers des Fahrzeuges der Drittperson

Name der Versicherungsgesellschaft	Policen-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bemerkungen

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

Die unterzeichnende Person tritt der CSS Versicherung ihren allfälligen Haftpflichtanspruch aus obgenanntem Unfall bis zur Höhe der von ihr erbrachten Leistungen ab und nimmt davon Kenntnis, dass die CSS Versicherung ihre Ansprüche gegenüber Dritten geltend machen kann.

Mit der Unterzeichnung der Unfallanzeige 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter

CSS Versicherung
IHP Leistungen
Rösslimattstrasse 40, 6002 Luzern
Tel. +41 58 277 20 10, Fax +41 58 277 25 50
Notrufnummer +41 58 277 77 77
E-Mail css.ausland@css.ch, www.css.ch/ihp