



CSS

Versicherung

# 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 Serviceline 0844 277 277 gerne weiter. Vielen Dank.

Kundennummer

### 1 Allgemeine Auskünfte

#### 1.1 Versicherte Person

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

#### 1.2 Kontakt

Telefon Privat

Mobile

Telefon Geschäft

Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?

E-Mail

Wo? Privat  Mobile  Geschäft

### 2 Fragen

#### 2.1 Handelt es sich um

Krankheit  Unfall, bitte ebenfalls Unfallanzeige vollständig ausfüllen  Mutterschaft

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

Genauere Umschreibung, Art der Erkrankung bzw. der Verletzung oder genaue Schilderung des Ereignisses

#### 2.3 Wann und wo sind Sie erkrankt bzw. verunfallt?

Datum

Zeit

Ort

Land

#### 2.4 Welche Behandlungen wurden im Ausland durch den Arzt bzw. das Spital durchgeführt?

**2.5 Dauer der Behandlung**

Ambulante Behandlung

Stationäre Behandlung

Datum

von

bis

Datum

von

bis

**2.6 Kosten der Behandlung**

CHF

Fremde Währung, welche

Ambulante Behandlung

Stationäre Behandlung

	CHF	Fremde Währung
Arztkosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medikamente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	CHF	Fremde Währung
Spitalkosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medikamente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Vorname

Name

Spital

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Land

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

Vorname

Name

Spital

Strasse, Hausnummer

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, Hausnummer

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, Hausnummer

PLZ/Ort

Haben Sie das Ereignis dieser Versicherung schon gemeldet?

Ja  Nein

**2.11 Haben Sie eine separate Reiseversicherung abgeschlossen?**

Police-Nr./Antrag-Nr.

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, Hausnummer  PLZ/Ort

**2.12 Dauer und Grund des Auslandsaufenthaltes**

Datum von  bis

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

Strasse, Hausnummer  PLZ/Ort

**2.14 Haben Sie sich am letzten Wohnort in der Schweiz abgemeldet?**

Ja, per   Nein

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

Name und Adresse des Arbeitgebers

**2.16 Leistungsempfängerangaben**

Versicherte Person  Anderer Leistungsempfänger

Vorname  Name  Kundennummer

Strasse, Hausnummer/Postfach  Adresszusatz  PLZ/Ort

Gutschrift auf Konto

IBAN  Name Ihres Finanzinstituts

## 2.17 Bemerkungen

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

Mit der Unterzeichnung des Auslandfragebogens 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, INTRAS Kranken-Versicherung AG oder Arcosana AG\*

Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG oder INTRAS Versicherung AG\*

\*Ihren Rechtsträger für Grundversicherung (KVG) und Zusatzversicherungen (VVG) entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungspolice.

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter

**Anschrift des Versicherers:**

CSS Versicherung  
Service Center, Postfach 2550, 6002 Luzern