

## 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

a. Behandlungszeitraum

vom:

bis:

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