

AUSLANDSFÖRMULAR

FRAGEBOGEN BETREFFEND HEILUNGSKOSTEN WÄHREND EINES AUSLANDSAUFENTHALTS.

Bitte jede Frage beantworten.

VERSICHERTE PERSON

(in Gross- und Kleinbuchstaben ausfüllen)

Name

Vorname

Versicherten-Nr. SWICA

Geburtsdatum

(Tag/Monat/Jahr)

E-Mail

Telefon (tagsüber erreichbar)

Arbeitgeber (Name/Ort)

Nationalität

FRAGEN ZU DEN HEILUNGSKOSTEN

1. In welchem Ort/Land (Ausland) sind Sie erkrankt/verunfallt?
2. Dauer des Auslandsaufenthalts? Abreise- und (geplantes) Rückreisedatum?

Ergänzende Bemerkungen zum Reisezeitraum

3. Grund des Auslandsaufenthalts
Entsandte/r* Grenzgänger/in* Rentner/in* Studium Ferien
anderer
* oder Familienangehörige/r
4. Grund der Behandlung
Es handelt sich um ... Notfall geplante Behandlung
Krankheit Unfall
5. Diagnose

6. Behandlungsart und -zeitraum

ambulant	Behandlungsbeginn	Behandlungsende
stationär (mit Übernachtung im Spital)	Behandlungsbeginn	Behandlungsende

Medizinischer Bericht vorhanden? Ja Nein
Falls vorhanden, bitte mit dem Formular bei SWICA einreichen.

Name und Adresse der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

Name und Adresse des Spitals

7. Auflistung der bezahlten Rechnungen

Wir empfehlen Ihnen, die Quittungen/Beilagen zu nummerieren und diese Nummerierung bei der Erklärung zu verwenden.
(Angaben zu Ärztin oder Arzt, Spital, Apotheke oder anderem; Betrag bitte in Fremdwährung und in CHF angeben.)

Wie haben Sie die Rechnungen bezahlt? Bitte lassen Sie uns die Zahlungsbestätigung zukommen.

Barzahlung Kreditkartenzahlung Bankzahlung
Sonstige (welche?):

8. Hatten Sie mit der SWICA-Notrufzentrale (Medicall AG) Kontakt? Ja Nein

9. Anderer Versicherungsschutz

a) Haben Sie bei einer anderen Versicherungsgesellschaft eine separate Ferien- und Reiseversicherung abgeschlossen? (z.B. TCS Heilungskostenzusatz, ELVIA Private Medical, Zurich Relax, MobiTour, Intertours Winterthur, Basler Medi Service SOS, Europäische Reiseversicherung etc.) Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft? (Bitte Name, Adresse und Policen-Nr. angeben.)

Haben Sie das Ereignis bei dieser Versicherungsgesellschaft gemeldet? Ja Nein

b) Sind Sie noch bei einer anderen Versicherungsgesellschaft gegen UNFALL und/oder KRANKHEIT versichert? Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft? (Bitte Name, Adresse und Policen-Nr. angeben.)

Haben Sie das Ereignis bei dieser Gesellschaft bereits gemeldet? Ja Nein

10. Waren Sie vor dem Auslandsaufenthalt in Behandlung?	Ja	Nein
Wenn ja, warum? (Diagnose/n)		
Behandlungszeitraum (von ... bis ...)		
Name der Ärztin/des Arztes/des Spitals		
Wenn Behandlung noch nicht abgeschlossen:		
Haben Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt über die bevorstehende Auslandsreise informiert?	Ja	Nein
Wenn ja, wann?		
Ergänzende Bemerkungen zu Behandlungen vor dem Auslandsaufenthalt		

11. Für unleserliche bzw. fremdsprachige Rechnungen (andere Schriftzeichen) bitten wir Sie, eine offizielle Übersetzung einzureichen.

VOLLMACHT

Die versicherte Person bestätigt, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Sie ermächtigt SWICA, alle zur Beurteilung der Leistungspflicht und Prüfung der Rechnungen notwendigen Auskünfte bei allen involvierten amtlichen, öffentlichen und privaten Stellen, bei allen Medizinalpersonen und medizinisch-therapeutischen Personen, bei anderen Versicherungsgesellschaften sowie bei Arbeitgebern einzuholen. Sie befreit die Medizinalpersonen von der ärztlichen Schweigepflicht und die übrigen Stellen von einem allfälligen Berufsgeheimnis. Im selben Umfang wird SWICA ermächtigt, obigen Stellen die zur Beurteilung der Leistungspflicht notwendigen Unterlagen zuzustellen bzw. Auskunft zu erteilen. Die Vollmacht bezieht sich auf das aktuelle im Fragebogen erwähnte Ereignis im Ausland und kann schriftlich widerrufen werden. Die versicherte Person tritt im Rahmen der Leistungen von SWICA sämtliche Forderungen gegenüber Haftpflichtigen oder Drittleistungspflichtigen an SWICA ab.

Bei gefälschten Belegen verpflichte ich mich, die dadurch entstandenen Abklärungs- und Bearbeitungskosten an SWICA zurückzuerstatten.

Ort/Datum	Unterschrift des/der Versicherten oder des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

Regionaldirektion Basel
 Kompetenzzentrum Ausland
 Aeschenvorstadt 56
 4051 Basel
Auslandcenter@swica.ch