

Fragebogen betreffend Heilungskosten während eines Auslandsaufenthaltes

Bitte jede Frage beantworten

Versicherte Person

(in Gross- und Kleinbuchstaben ausfüllen)

Name

Vorname

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Versicherungs-Nr.

E-Mail

Telefonnummer

Arbeitgeber Name/Ort

Nationalität/ Aufenthaltsbewilligung

1. In welchem Ort/Land (Ausland) sind Sie erkrankt/verunfallt bzw. haben Sie sich behandeln lassen?

2. Wie lange dauert/dauerte Ihr Auslandsaufenthalt? Abreise- und (geplantes) Rückreisdatum

3. Grund des Auslandsaufenthaltes Entsandte* Grenzgänger* Rentner* Studium
 * oder Familienangehöriger anderer Ferien

4. Grund der Behandlung Notfall Kontrolluntersuchung geplante Behandlung Check-up
 Handelt es sich um eine/n Krankheit Unfall

5. Art der Krankheit oder des Unfalls

Betroffene Körperteile rechts links
 rechts links

6. Behandlungszeit vom/bis

Ambulant

Stationär*

Name und Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals im Ausland

* mit Übernachtung im Spital

Name und Adresse des nachbehandelnden Arztes oder Spitals in der Schweiz

7. Auflistung der bezahlten Rechnungen

Betrag in Fremdwährung

Betrag in CHF

Auflistung der bezahlten Rechnungen	Betrag in Fremdwährung	Betrag in CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. **Hatten Sie mit der SWICA-Notrufzentrale (Medicall AG) Kontakt?** ja nein

9. **Haben Sie bei einer anderen Versicherungsgesellschaft eine separate Ferien- und Reiseversicherung abgeschlossen?** (z. B. TCS Heilungskostenzusatz, ELVIA Private Medical, Zürich 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 und Kopie der Police beilegen)

Haben Sie das Ereignis bei dieser Versicherungsgesellschaft gemeldet? ja nein

Wurden Geldleistungen ausgerichtet bzw. in Aussicht gestellt? ja nein

Wenn ja, bitte Höhe des Betrages angeben CHF

10. **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 und Kopie der Police beilegen)

Wurde der Fall angemeldet? ja nein

11. **Waren Sie vor dem Auslandsaufenthalt in Behandlung?** ja nein

Wenn ja, warum? (Diagnose/n / Krankheit/en)

Behandlungszeit (von / bis)

Name des Arztes / Spitals

Wenn Behandlung noch nicht abgeschlossen:

Haben Sie Ihren Arzt über die bevorstehende Auslandsreise informiert? ja nein

Wenn ja, wann?

12. **Für unleserliche bzw. fremdsprachige Rechnungen (andere Schriftzeichen) bitten wir Sie, eine offizielle Übersetzung einzureichen.** SWICA kann für Sie über einen externen Partner eine Übersetzung veranlassen. Die Kosten betragen pro Fall und je nach Land mindestens CHF 75.- exkl. MwSt. Diese werden Ihnen in Rechnung gestellt oder bei einer allfälligen Rückerstattung in Abzug gebracht.

Möchten Sie von diesem Service profitieren? Falls ja, werden wir Sie vor dem Übersetzungsauftrag über die definitiven Kosten informieren.

ja nein

Vollmacht

Die/ der Unterzeichnende bescheinigt, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Er/ sie ermächtigt SWICA, zur Beurteilung der Leistungspflicht und Prüfung der Rechnungen im Ausland vor Ort, bei allen Medizinal- und med.-therapeutischen Personen, amtlichen Stellen, anderen Versicherungsgesellschaften sowie beim Arbeitgeber die notwendigen Auskünfte einzuholen, und befreit diese ausdrücklich von der Schweigepflicht gegenüber SWICA. Im selben Umfang wird SWICA ermächtigt, obigen Stellen die zur Leistungspflicht notwendigen Unterlagen zuzustellen bzw. Auskunft zu erteilen. Die Vollmacht bezieht sich auf den im Fragebogen erwähnten Sachverhalt und kann vom Unterzeichnenden jederzeit widerrufen werden.

Authorization

The undersigned herewith confirms that he/ she has answered the above questions truthfully and in full. He/ she authorizes SWICA to obtain locally the information needed for assessing payment obligations and examining invoices issued abroad from all medical personnel and medical therapists, all official departments, all other insurance companies and from the employer and expressly releases these persons and institutions from the obligation of professional secrecy with regard to SWICA. The full authorization relates to the facts mentioned in the questionnaire and may be revoked at any time by the undersigned.

Bei gefälschten Belegen verpflichte ich mich, die dadurch entstandenen Abklärungs- und Bearbeitungskosten von Medicall der SWICA zurückzuerstatten. In the case of falsified receipts, I undertake to reimburse the costs of the SWICA Medicall system which are incurred for clarification and handling.

Ort/ Datum

Place/ Date

Unterschrift der/ des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Signature of the insured person or his/ her legal representative

Bitte reichen Sie dieses Formular mit Ihrer Originalunterschrift per Post oder E-Mail ein.

Regionaldirektion Basel
Kompetenzcenter Ausland
Aeschenplatz 2
Postfach
4010 Basel
Auslandcenter@swica.ch