

Versicherungsnehmer

Policennummer

Schadenmeldung im Ausland

A. Allgemeine Fragen

1. Grund des Auslandsaufenthaltes (Urlaub, Geschäftsreise, Zweitwohnsitz, Grenzgänger usw.):

Ankunftsdatum:

Voraussichtliches Rückkehrdatum:

2. Handelt es sich um Folgen eines Unfallereignisses? (Falls ja, beantworten Sie bitte auch Abschnitt B)

Ja

Nein

3. Zeitpunkt des Ereignisses:

Ort und Land:

4. Welche Behandlungen wurden übernommen?

5. Diagnose:

6. Art und Lokalisierung der Schmerzen oder Verletzungen:

(Bitte fügen Sie die vollständige Krankenakte [Bericht des Arztes und/oder des Spitals, Laborergebnisse, Röntgen bilder, usw.] bei)

7. Art der Behandlung:

Ambulant

Stationär

Falls ambulant, Anfangs- und Endzeit der Konsultation:

Falls stationär, Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt:

8. Name des Arztes oder des Spitals:

Adresse

PLZ Ort

Telefonnummer:

Faxnummer:

9. Bestanden die Beschwerden bereits vor der Abreise?

Ja

Nein

Falls ja, welcher Schweizer Arzt wurde vor der Abreise zuletzt konsultiert? Wann? (Name und vollständige Adresse)

Bei Schwangerschaft bitte voraussichtliches Datum der Niederkunft angeben:

Datum der 13. Schwangerschaftswoche:

10. War eine Rückkehr in die Schweiz zur Fortsetzung der Behandlung denkbar?

Ja

Nein

Falls nicht, fügen Sie bitte eine medizinische Bescheinigung über die Reiseunfähigkeit bei

11. Welcher Arzt oder welches Spital wurde nach der Rückkehr in die Schweiz konsultiert? (Name und Adresse)

12. Gesamtbetrag der Rechnungen:

Ausländische Währung:

13. Wurde/-n die betreffende/-n Rechnung/-en bereits beglichen?

Ja

Nein

Falls ja, auf welchem Weg (Einzahlungsschein, Kreditkarte, bar usw.)?

(Bitte unbedingt Zahlungsbeleg beilegen: Kreditkartenabrechnung, Quittungen usw.)

Versicherungsnehmer

Policennummer : | | | | | | | |

14. Haben Sie eine Reiseversicherung abgeschlossen? Ja Nein

Falls ja, bei welcher Versicherung? (Name und Adresse)

Policennummer:

Wurden im Zusammenhang mit diesem Schadenfall bereits Leistungen erbracht? Ja Nein

15. Telefonnummern und E-Mail-Adresse bei Rückfragen:

B. Zusätzliche Informationen bei Unfall

1. Status zum Zeitpunkt des Unfalls:

- Angestellt Militärdienst Nicht erwerbstätig Arbeitslos Selbstständig erwerbend
 Schüler/-in Student/-in Lernende/-r Rentner/-in Hausfrau/-mann

Beruf:

Name und Adresse des Arbeitgebers:

Name und Adresse der Unfallversicherung:

Schadensnummer:

Anzahl Arbeitsstunden pro Woche:

Wurde zum Unfallzeitpunkt Arbeitslosengeld bezogen? Ja Nein

Falls ja, wann? von | | | | | | | bis | | | | | | |

2. Konkrete Beschreibung des Unfallhergangs:

3. Eignete sich der Unfall bei einer schulischen Aktivität? Ja Nein

Eignete sich der Unfall auf dem Weg zur Arbeit oder auf dem Rückweg von der Arbeit? Ja Nein

Eignete sich der Unfall während eines Wettkampfes? Ja Nein

4. Wurde ein Polizeirapport erstellt? Ja Nein

Falls ja, von wem? (Name und Adresse)

5. Wurde der Unfall durch eine Drittperson verursacht/mitverschuldet? Ja Nein

Falls ja, Name, Adresse und Telefonnummer der Drittperson:

Name und Adresse ihrer Haftpflichtversicherung:

Zeugen (Namen und Adressen):



Versicherungsnehmer

Policennummer [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

6. Handelt es sich um einen Verkehrsunfall? Ja Nein

Falls ja:

Name und Adresse des für den Unfall verantwortlichen Fahrzeuglenkers:

Kontrollschild des Fahrzeuges des Schuldigen:

Kontrollschild des Fahrzeuges vom Opfer:

7. Hatte das Unfallereignis eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge? Ja Nein

Zu 100% ab dem [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] oder zu [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] % ab dem [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% am [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Der unterzeichnende Versicherungsnehmer oder seine gesetzliche Vertretung erklärt, diesen Fragebogen korrekt und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Er/sie ermächtigt die Assura-Basis AG und die Assura AG, von den anderen Versicherungen, Ärzten, Polizei- und Justizbehörden sämtliche für die Feststellung des Versicherungsfalls notwendigen Auskünfte zu erhalten.

Ort und Datum

Unterschrift

Allgemeiner Hinweis:

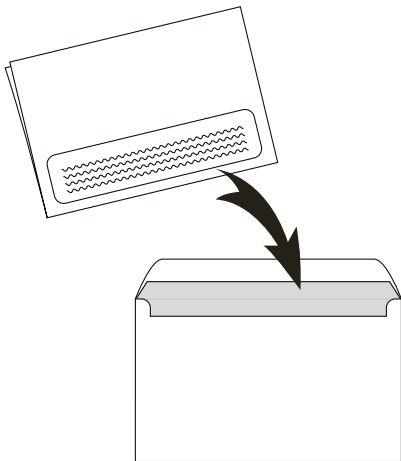
Die Ziffern 4.2 und 4.3 des Artikels 4 unserer allgemeinen Bedingungen der obligatorischen Versicherung legen unter anderem dar, dass «der Versicherer seine Leistungen im Sinne des Artikels 36 KVV nur auf Grundlage detaillierter Originalrechnungen mit Angabe der Behandlungsdaten, der Diagnose, der erbrachten medizinischen Leistungen, des Betrags pro Leistung sowie von Name, Adresse und Telefonnummer des ausländischen Leistungsbringers erbringen kann.»

.....
.....
.....

Assura
Postfach 4
1052 Le Mont-sur-Lausanne

Begleitblatt für die Zusendung von Unterlagen

1. Legen Sie diese Begleitseite sowie das/die entsprechende/-n Dokument/-e in den frankierten Rückumschlag.



2. Stellen Sie sicher, dass die Adresse im Brieffenster sichtbar ist.

