

Meldung Auslandsbehandlung/Krankheit

Versicherten-Nr.: _____

Bitte füllen Sie diese Formular vollständig aus. Damit ermöglichen Sie eine speditive Bearbeitung und verhindern unnötige Rückfragen.

Angaben zur versicherten Person

Vorname:	Name:
Strasse, Nr.:	PLZ, Ort:
Telefon privat/mobil:	Telefon Geschäft:
Mail:	Berufliche Tätigkeit:
Geburtsdatum:	
betreuende ÖKK Agentur:	

Angaben zur Zusatzversicherung (wenn vorhanden)

Haben Sie eine Reiseversicherung abgeschlossen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft (Name und Adresse angeben)?

Versicherungsnummer:

Vorname und Name des Versicherungsnehmers:

Sind Sie anderweitig kranken- und unfallversichert? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft (Name und Adresse angeben)?

Angaben zum Auslandsaufenthalt

Grund des Auslandsaufenthaltes: ☐ Ferien ☐ Beruf ☐ Wohnsitz im Ausland ☐ anderer Grund

Dauer des geplanten Aufenthalts: von _____ bis _____

Angaben zum Ereignis

Datum: _____ Land/Ort: _____

Grund der Behandlung: ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Mutterschaft (bei Unfall ausgefülltes Formular mitsenden)

Infolge von: ☐ Notfall ☐ Kontrolluntersuchung ☐ Weiterbehandlung ☐ geplante Behandlung

Haben Sie mit unserer Notrufzentrale Kontakt aufgenommen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Ihre ÖKK Versichertenkarte vorgelegt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, haben Sie sich vor Ort an den Behandlungskosten beteiligt? _____

Wenn nein, weshalb nicht? _____

Detailangaben zum Ereignis

Art der Beschwerde(n)/genaue Diagnose: (bitte Arztbericht beilegen, falls vorhanden)

Art der Behandlung: ☐ ambulant beim Arzt/Spital: von _____ bis _____

☐ Stationär im Spital: von _____ bis _____

Welche Behandlungen/medizinischen Massnahmen wurden im Detail durchgeführt?

Welche Medikamente haben Sie erhalten (bitte detaillierte Aufstellung der einzelnen Medikamente)?

Bestand das erwähnte Leiden vor Ihrer Abreise? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bei wem wurden Sie in der Schweiz zuletzt behandelt? (bitte Namen und Adresse angeben)

Wer führt die Nachbehandlung in der Schweiz durch? (bitte Namen und Adresse angeben)

Mussten Sie medizinisch bedingt in die Schweiz zurückgeführt werden? ☐ ja ☐ nein

(wenn ja, bitte Reisebestätigung beilegen)

Datum der Rückreise: _____

Sind Sie Rega-Gönner? ☐ ja ☐ nein

Kosten

Rechnungstotal: (bitte Originalbeleg/Quittung oder Bankbelastung beilegen)

in Fremdwährung:

in Schweizer Franken:

Bemerkungen:

Bitte legen Sie die Rechnungen bei. Bei unleserlichen bzw. fremdsprachigen Rechnungen (Ausnahme: in Italienisch, Französisch und Englisch) bitten wir Sie, eine kurze Aufstellung über Inhalt (Übersetzung) und Rechnungsbeträge in der jeweiligen Landeswährung beizulegen.

Der unterzeichnende Versicherte bzw. sein gesetzlicher Vertreter erklärt hiermit, die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Er ermächtigt uns, bei anderen Versicherungsträgern, Ärzten, Polizei- und Gerichtsstellen Auskunft einzuholen, und er ermächtigt diese zur Auskunftserteilung.

Ort/Datum:

Unterschrift der versicherten Person/des gesetzlichen Vertreters:
