

Auslandfragebogen

Für Notfallbehandlungen

Dieses Formular ist durch die versicherte Person, beziehungsweise deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Beantworten Sie alle zutreffenden Fragen vollständig und senden Sie das unterzeichnete Formular umgehend an die am Schluss des Dokumentes aufgeführte Adresse. Bei Fragen hilft das Sanagate Contact Center 0800 347 358 gerne weiter. Vielen Dank.

Kundennummer

1 Allgemeine Auskünfte

1.1 Versicherte Person

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

1.2 Kontakt

Telefon Privat

Mobile

Telefon Geschäft

Um welche Zeit können wir Sie am besten erreichen?

E-Mail

Bewilligungskategorie (Kopie beilegen)

B C F G L N

Wo? Privat Mobile Geschäft

Nationalität

2 Fragen

2.1 Handelt es sich um

Krankheit Unfall, bitte ebenfalls [Unfallanzeige](http://www.sanagate.ch/downloads) (www.sanagate.ch/downloads) vollständig ausfüllen Mutterschaft

2.2 Art der Erkrankung bzw. der Verletzung

Bei einer Krankheit umschreiben Sie bitte den Verlauf der Krankheit. Bei einem Unfall schildern Sie bitte das Ereignis und den Unfallhergang.

2.3 Wann und wo sind Sie erkrankt bzw. verunfallt?

Datum

Zeit

Ort

Land

2.4 Welche Behandlungen wurden im Ausland durch den Arzt bzw. das Spital durchgeführt?

Bitte schildern Sie den genauen Ablauf und die unterschiedlichen Behandlungsschritte. Waren oder sind noch Nachkontrollen notwendig?

2.5 Dauer der Behandlung

Ambulante Behandlung

Stationäre Behandlung

Datum

Datum

von

bis

von

bis

2.6 Kosten der Behandlung

CHF Fremde Währung, welche

Ambulante Behandlung

Stationäre Behandlung

	CHF	Fremde Währung
Arztkosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medikamente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	CHF	Fremde Währung
Spitalkosten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medikamente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.7 Erstbehandelnder Arzt/Spital im Ausland bzw. in der Schweiz

Vorname

Name

Spital

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Land

2.8 Weiterbehandlung durch Arzt/Spital im Ausland bzw. in der Schweiz

Vorname

Name

Spital

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Land

2.9 Waren Sie wegen des Leidens vorgängig bereits in der Schweiz in ärztl. Behandlung?

Ja Nein

Wenn Ja, wann und bei wem?

Datum

von

bis

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

2.10 Sind Sie noch anderweitig versichert (Krankheit/Unfall/Transportkosten/ETI-Schutzbrief usw.)? Ja Nein

Wenn Ja, welche Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft

Police-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Haben Sie das Ereignis dieser Versicherung schon gemeldet? Ja Nein

2.11 Haben Sie eine separate Ferien- und Reiseversicherung abgeschlossen? Ja Nein

Wenn Ja, bei welcher anderen Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft

Police-Nr. (bitte Kopie der Police beilegen)

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

2.12 Dauer und Grund des Auslandsaufenthaltes

Datum

von

bis

2.13 Wo befindet sich Ihr gesetzlicher Wohnsitz?

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

2.14 Haben Sie sich am letzten Wohnort in der Schweiz abgemeldet?

Ja, per

Nein

2.15 Für Personen, die vom Arbeitgeber ins Ausland entsandt wurden:

Wann wurden Sie durch Ihren CH-Arbeitgeber ins Ausland entsandt?

Name und Adresse des Arbeitgebers

2.16 Bemerkungen

Die unterzeichnende Person erklärt, alle Fragen auf allen Seiten wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Mit der Unterzeichnung des Auslandfragebogens wird die Sanagate AG ermächtigt, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden resp. ihren Gesellschafts- und Vertrauensärzten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind. Die involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber der Sanagate AG von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis befreit.

Die unterzeichnende Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten Auskunft zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Rechtsträger für Grundversicherung (KVG): Sanagate AG

Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter

Anschrift des Versicherers:

Sanagate AG
Leistungen, Postfach 4020, 6002 Luzern