

---

---

## Fragebogen über Heilungskosten im Ausland

---

---

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

---

---

1 In welchem Ort (Ortschaft und Land) \_\_\_\_\_

sind Sie erkrankt oder verunfallt? \_\_\_\_\_

2 Sind oder waren Sie ferienhalber  
in diesem Land? \_\_\_\_\_

Nein  Ja

Andere Gründe? \_\_\_\_\_

Seit wann befinden/befanden Sie  
sich in diesem Land? \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Haben Sie sich in der Schweiz  
bei Ihrer Gemeinde abgemeldet? \_\_\_\_\_

Nein  Ja

3 Art der Krankheit oder des Unfalls? \_\_\_\_\_

4 Handelt es sich um eine plötzliche  
Erkrankung? \_\_\_\_\_

Nein  Ja

Handelt es sich um einen Unfall? \_\_\_\_\_

Nein  Ja

5 Angaben des Arztes oder des Spitals

Name: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

6 Behandlungszeit

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

7 In welcher Fremdwährung wurden  
die Rechnungen\* bezahlt? \_\_\_\_\_

Zu welchem Kurs haben

Sie gewechselt? \_\_\_\_\_

Kosten der Behandlung in Schweizer

CHF \_\_\_\_\_

Franken? \_\_\_\_\_

**Fortsetzung auf der zweiten Seite**

8 Hatten Sie Kontakt mit  Nein  Ja  
der Notrufzentrale?

9 Waren Sie vor dem Auslandsaufenthalt  Nein  Wenn ja, warum  
in Behandlung? bei wem  
wie lange

10 Haben Sie eine separate Ferien-  Nein  Ja, bei welcher Gesellschaft  
Reiseversicherung abgeschlossen?  
Policen-Nr.

Besteht eine andere Kranken-  Nein  Ja  
oder Unfallversicherung?  
Deckung für Heilungskosten?

Wie?  
(eventuell im Nachgang zur Krankenversicherung)

Deckung für Such-, Bergungs- oder  
Rückführungskosten?  
(ETI-Schutzbrief des TCS oder Kreditkarten?)

\*Bitte Rechnungen beilegen. Bei unleserlichen bzw. fremdsprachigen Rechnungen (Ausnahme: französisch, italienisch, englisch) bitten wir Sie, eine kurze Aufstellung über Inhalt und Rechnungsbeträge in der jeweiligen Landeswährung beizulegen. Sie helfen uns damit Übersetzungskosten und Verzögerungen bei der Schadenregulierung zu vermeiden.

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

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters