

## Antrag zur Übernahme von im Ausland verursachten Behandlungskosten

Wir bitten Sie, alle Fragen genau zu beantworten und das Formular der PROVITA Gesundheitsversicherung AG umgehend zu retournieren. Besten Dank.

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_ Familien-Nr. \_\_\_\_\_

### Versicherte Person (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
c/o \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft \_\_\_\_\_  
Geschlecht  weiblich  männlich Zivilstand  verheiratet  ledig  \_\_\_\_\_  
Nationalität \_\_\_\_\_ Sprache  Deutsch  Französisch

Der Versicherte befand sich im Ausland von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Grund des Auslandsaufenthaltes  Geschäftlich  Ferien  anderer Grund \_\_\_\_\_  
Ort/Land \_\_\_\_\_ Datum des Behandlungsbeginns im Ausland \_\_\_\_\_  
In welcher Währung sind die Rechnungen gestellt? \_\_\_\_\_

Wurde die Behandlung aufgrund eines Unfalls nötig?  ja  nein  
Im Falle von Krankheit, wegen welcher? \_\_\_\_\_  
Grund der Behandlung  Notfall  geplante Behandlung  anderer Grund \_\_\_\_\_  
Der Versicherte war in privatärztlicher Behandlung  ja  nein  
Der Versicherte war in ambulanter Spitalbehandlung  ja  nein  
Der Versicherte war hospitalisiert von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Diagnose des Arztes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

War der Versicherte bereits in der Schweiz wegen des gleichen Leidens in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, warum erfolgte die Weiterbehandlung im Ausland (Grund)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurden Röntgenaufnahmen gemacht?  ja  nein

Wenn ja, von welchem Körperteil?

Anzahl gemachter Röntgenaufnahmen

Wer ist im Besitz dieser Aufnahmen?

Die Behandlung umfasste folgende Punkte:

Wurde der Versicherte operiert?  ja  nein

Wenn ja, an welchem Körperteil?

Musste der Versicherte sich weiteren Behandlungen unterziehen, nach denen nicht gefragt wurde?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Anzahl Hausbesuche des Arztes

Anzahl Konsultationen in der Arztpraxis

Ist eine Weiterbehandlung in der Schweiz notwendig?  ja  nein

Wurde eine Reise- und Ferienversicherung abgeschlossen?  ja  nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?

Bemerkungen

Bitte beachten Sie, dass allfällige Rückerstattungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf dem im Wohnkanton gültigen Tarif (im Maximum der doppelte Ansatz) basieren. In EU-Ländern gilt der einfache Sozialtarif. Falls die Rechnungen nicht detailliert oder unleserlich sind (auch sprachlich) und dadurch das Taxieren nach Tarif unmöglich ist, können wir keine Leistungen erbringen.

Ort/Datum Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers oder seines gesetzlichen Vertreters

PS: Wenn Sie sich gegen die ungedeckten Kosten, die bei einer Behandlung im Ausland entstehen, versichern wollen, empfehlen wir Ihnen unsere Reise- und Ferienversicherung VACANZA mit der weltweiten 24-Stunden-Notrufnummer.

## Verzeichnis über beiliegende Rechnungen für Behandlungskosten aus dem Ausland

Wir bitten die Versicherten, für jede versicherte Person ein separates Formular auszufüllen und den Rechnungsbetrag in der Landeswährung, in der die Behandlungskosten bezahlt worden sind, anzugeben und die Belege fortlaufend zu nummerieren.

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_ Familien-Nr. \_\_\_\_\_

### Versicherte Person (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 c/o \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_  
 Landeswährung \_\_\_\_\_

### Arztrechnung

Name des Arztes	Behandlung von	bis	Rechnungsbetrag	Beleg-Nr.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### Medikamentenrechnung

Name der Apotheke oder des Arztes	Behandlung von	bis	Rechnungsbetrag	Beleg-Nr.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

---

**Spitalrechnung stationär**

Name der Heilanstalt	Behandlung von	bis	Rechnungsbetrag	Beleg-Nr.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

---

**Spitalrechnung ambulant**

Name der Heilanstalt	Behandlung von	bis	Rechnungsbetrag	Beleg-Nr.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

---

**Zusätzliche Krankenpflegeleistungen wie z. B. Transporte, Labor usw.**

Rechnungssteller	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag	Beleg-Nr.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

---

Ort/Datum                      Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers oder seines gesetzlichen Vertreters

---

