

# Meldeformular «Behandlung im Ausland»

(Krankheit / Unfall)



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, Postfach, 5401 Baden  
Tel. +41 56 203 44 44, Fax +41 56 203 44 99  
www.aquilana.ch

## Meldeformular «Behandlung im Ausland» (Krankheit / Unfall)

Gemäss den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen (Krankenversicherungsgesetz KVG / Allgemeine Versicherungsbedingungen AVB) werden die versicherten Leistungen bei Behandlungen **im Ausland nur bei Notfällen erbracht**. Ein Notfall liegt vor, wenn Sie bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Damit wir Ihre Leistungsansprüche korrekt überprüfen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten und uns dieses Meldeformular sowie das beiliegende Beiblatt ausgefüllt inkl. **detaillierten Originalrechnungen** (Kreditkarten- oder Kassenquittungen sind ungenügend) zuzustellen. Besten Dank!

### Personalien

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_ **Versicherten-Nr.** \_\_\_\_\_  
**Strasse, Nr.** \_\_\_\_\_ **PLZ, Ort** \_\_\_\_\_  
**Tel. Privat** \_\_\_\_\_ **Tel. Geschäft** \_\_\_\_\_

### Bitte jede Frage beantworten

Wo (Ort / Land) sind Sie erkrankt oder verunfallt? \_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie ferienhalber in diesem Land?  ja  nein

**Wenn nein:**  
andere Gründe? \_\_\_\_\_

Art der Krankheit oder des Unfalls (**Diagnose**)? \_\_\_\_\_

Waren Sie vor dem Auslandsaufenthalt in medizinischer Behandlung?  ja  nein

**Wenn ja:**  
weshalb? \_\_\_\_\_  
bei wem? \_\_\_\_\_  
wie lange? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine separate Ferien-/Reiseversicherung abgeschlossen?  ja  nein

Besteht eine andere Kranken-, Unfall oder Abreideversicherung?  ja  nein

**Wenn ja, bei welcher Gesellschaft (Name / Adresse)?**  
Falls bei Aquilana: bitte Kopie der Zahlungsquittung beilegen.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie sich in der Schweiz bei Ihrer Gemeinde abgemeldet?  ja  nein

Der / die Unterzeichnete erklärt hiermit, die vorstehenden Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Aquilana wird hiermit ausdrücklich ermächtigt, Auskünfte zur Klärung der Leistungsansprüche bei anderen Versicherungsträgern, Ärzten, Spitälern usw. sowie bei Polizei- und Gerichtsstellen einzuholen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten /  
gesetzlicher Vertreter \_\_\_\_\_

### Anhang: Beiblatt zum Meldeformular «Behandlung im Ausland»

# Beiblatt

zum Meldeformular «Behandlung im Ausland»  
(Krankheit / Unfall)



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, Postfach, 5401 Baden  
Tel. +41 56 203 44 44, Fax +41 56 203 44 99  
www.aquilana.ch

Nr.	Name und Art des Rechnungsstellers (z.B. Arzt/Spital)	Behandlung von – bis	Grund der Behandlung (Diagnose)	Währung	Betrag
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Ergänzende Bemerkungen: