

Meldung für Auslandsrechnung

Hinweis: Gemäss Art. 36 Abs. 2 KVV darf die SLKK nur die Kosten für Notfallbehandlungen im Ausland übernehmen. Wir bitten Sie, sämtliche Fragen **vollständig** zu beantworten und das Formular zusammen mit allen Rechnungen und allfälligen Beilagen unterzeichnet zurückzusenden.

Versicherte Person

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Geb. Datum:	Versicherten-Nr.:
Telefon (gut erreichbar):	E-Mail:

Grund des Auslandsaufenthaltes

Ferien	Reisedaten von:	bis:
Geschäftlich	Reisedaten von:	bis:
andere Gründe	Reisedaten von:	bis:
Haben Sie eine Reise-/Ferienversicherung abgeschlossen?	Ja	Nein
Wenn ja, bei welcher Versicherung (Name und Anschrift):		

Behandlung

Behandlungsdauer	von:	bis:
Ort und Land:		
Für Behandlungen im einem EU/EFTA-Staat*		
Wurde die europäische Versichertenkarte vorgewiesen?	Ja	Nein
Wurde die Karte vom Leistungserbringer akzeptiert?	Ja	Nein
Wenn nein, warum nicht?		

Handelt es sich bei der Behandlung um

Krankheit	Ja	Nein
Unfall (bitte Unfallformular ausfüllen)	Ja	Nein
Wann traten die Beschwerden erstmals auf (ev. schon zu Hause)?	Datum:	
Art der Beschwerden/Verletzung/Diagnose:		

Behandlungsart

Ambulant beim Arzt	Ja	Nein
Ambulant im Spital	Ja	Nein
Stationär im Spital	von:	bis:
Medikamentenbezug in der Apotheke	Ja	Nein

* Behandlungskosten aus einem EU/EFTA-Staat, welche nicht über die Versichertenkarte abgerechnet werden, muss die SLKK bei der zuständigen nationalen Stelle im Behandlungsland zur Prüfung einreichen. Es kann deshalb zu Verzögerungen in der Bearbeitung und in der Rückerstattung der Kosten kommen. Wir danken für Ihre Bemühungen und stehen Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung. 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

Rechnungsaufstellung bei Erkrankungen oder Unfällen während eines Auslandsaufenthaltes

Wir bitten Sie, die Fragen vollständig zu beantworten und uns das Formular mit allfälligen Beilagen innert 10 Tagen unterzeichnet zurückzusenden. Wir weisen Sie darauf hin, dass es die gesetzliche Pflicht des Versicherten ist, der SLKK eine beglaubigte Übersetzung zu zustellen, sollte dies zur Prüfung des Leistungsfalles und Festsetzung von Versicherungsleistungen notwendig sein.

Versicherte Person

Name:	Vorname:
Strasse:	Versicherten-Nr.:
Telefon für Rückfragen:	

Vom Versicherten auszufüllen

Behandlungsdatum	Rechnungssteller (Arzt, Spital usw.)	Land	Währung	Betrag

Behandlungsdatum	Medikamente (Name des Produktes) inkl. ärztliche Verordnung	Land	Währung	Betrag

Beilagen

Anzahl Rechnungen:	Wechselkursbeleg
--------------------	------------------

Bitte legen Sie die Rechnungen im Original bei. Wir bitten Sie zudem eine Aufstellung über Inhalt und Rechnungsbeträge in der jeweiligen Landeswährung beizulegen. Sie helfen uns damit Verzögerungen in der Schadenregulierung zu vermeiden.

Ort und Datum

Unterschrift (Versicherungsnehmer/in,
Familienvorstand, gesetzliche/r Vertreter/in)