



HEILUNGSKOSTEN

TCS Selbstdeklaration – Behandlungen im Ausland

Füllen Sie bitte alle Sparten in Druckbuchstaben aus
und senden Sie uns das ausgefüllte Formular
Formular unterschrieben und datiert zurück

TAS Versicherungen AG
Schadendienst
Ch. De Blandonnet 4
Case Postale 820
1214 Vernier

Tel. : +41 58 827 64 12
E-mail: Sinistres.eti@tcs.ch
www.tcs.ch

TCS-Mitglieder-Nr.: Schaden-Nr.:

1 Persönliche Daten des Patienten

Name : Geburtsdatum :
Vorname : Tel :
Strasse, Nr : E-Mail :
PLZ, Ort :

1.1 Bank- oder Postverbindung

Name / Vorname des Kontoinhabers : IBAN :
.....

2 Grund für den Auslandsaufenthalt

Abreise aus der Schweiz (Datum) : Reiseart: Ferien Ausbildung Geschäftlich
Daten der Reise : von : bis :

3 Vorfall

Behandlungsland : Behandlungszeitraum: von bis
Adresse vom Arzt/vom Spital/von der Klinik :
Für die Erstbehandlung :
Für die Nachbehandlung :

Ausführliche Beschreibung der Krankheit / des Unfallherganges (*Ausführliche Beschreibung, Tätigkeit zur Zeit des Unfalles, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen usw. Eventuell separates Blatt benutzen*):

.....
.....
.....

4 Bezahlungen

4.1 Haben Sie die Europäische Krankenversicherungskarte (KVG) eingesetzt/vorgelegt ?

Ja Nein Wenn ja, abgegeben bei : Arzt Spital Andere Stelle :

4.2 Sind Leistungen durch eine gesetzliche Sozialversicherung (KVG, UVG) übernommen worden ?

Ja Nein Wenn ja, welche ?

5 Krankheit => im Falle eines **Unfalles** gehen Sie weiter zum Punkt 6 (Rückseite)

Krankheit **Mutterschaft** : Voraussichtlicher Geburtstermin : Behandelnder Gynäkologe :

Waren Sie wegen des Leidens in der Schweiz in Behandlung ?

Vor dem Aufenthalt : Ja Nein
Wenn ja, ambulant stationär Spital/Arzt (Name und Adresse)

Nach dem Aufenthalt : Ja Nein
Wenn ja, ambulant stationär Spital/Arzt (Name und Adresse)

5.1 Name der Grundversicherung : Policen-Nr. :

Haben Sie Zusatzversicherungen ? Ja Nein

Wenn ja : Name, Adresse der Versicherungen : Policen-Nr. :

Fortsetzung auf der Rückseite →

6 Unfall

Unfall Unfalldatum : Unfallzeit :

Unfallort (genaue Bezeichnung) :

Der Unfall ereignete sich : auf dem Arbeits-/Schulweg bei der Arbeit/in der Schule ausserhalb der Arbeit/Schule

6.1 Art der Verletzung(en) :

Betroffene Körperteile (links/rechts) :

6.2 Wenn der Unfall durch einen Dritten oder durch Fremdeinwirkung verursacht wurde, bitte Namen, Adresse und Haftpflichtversicherung des Dritten oder die Art der Fremdeinwirkung angeben :

.....
.....

6.3 Wurde ein Polizeirapport erstellt ? Ja Nein Wenn ja, durch wen ?

Gibt es Zeugen ? Ja Nein Wenn ja, Namen und Adresse angeben :

.....

6.4 Sind Sie selbständig ? Ja Nein

Name und Adresse des Arbeitgebers (wenn arbeitslos, letzten Arbeitgeber eintragen*)

.....

*Datum des letzten Anstellungstages :

Beziehen Sie Leistungen der Arbeitslosenkasse ? Ja Nein Wenn nein, warum nicht ?

.....

Anzahl wöchentlicher Arbeitsstunden 8 Stunden und mehr weniger als 8 Stunden

6.5 Ereignete sich der Unfall mit einem Motorfahrzeug ? Ja Nein

Wenn ja : Lenker eines eigenen Fahrzeuges Lenker eines fremden Fahrzeuges Beifahrer eines Fahrzeuges

Kontrollschildnummer : Besteht eine Insassenversicherung ? Ja Nein

Gemeldet ? Ja Nein Wenn ja, bei welcher Versicherung ?

6.6 Ist die verunfallte Person noch anderweitig versichert ? Ja Nein Wenn ja, bei wem und für welche Leistungen ?

bei der obligatorischen Unfallversicherung des Arbeitgebers Name/Adresse :

bei einer privaten Versicherungsgesellschaft Name/Adresse :

bei einer anderen Krankenversicherung Name/Adresse :

Für welche Leistungen :

Heilungskosten allgemein halbprivat privat in Ergänzung zur Krankenversicherung

Lohnausfall UVG andere Fr/jour % des Lohnes

7 Bestätigung und Vollmacht

Der Unterzeichnende bestätigt, die oben gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Der Unterzeichnende ermächtigt den TCS bzw. die TAS Versicherungen AG, bei anderen Versicherungsgesellschaften, Ärzten, Spitälern, dem Arbeitgeber, der Polizei und dem Gericht Einsicht in amtliche und medizinische Unterlagen zu nehmen. Er entbindet die Träger der Sozialversicherungen, die Privatversicherer und die anderen oben genannten Stellen von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber dem TCS und der TAS Versicherungen AG, insbesondere vom Berufsgeheimnis der Ärzte, den Geheimnissen nach Art. 62 DSG und Art. 33 ATSG sowie den Geheimnissen, die in anderen eidgenössischen oder kantonalen Gesetzen vorgesehen sind. Des Weiteren erklärt sich der Unterzeichnende damit einverstanden, dass der TCS und die TAS Versicherungen AG die für die Schadenbearbeitung notwendigen Daten an Dritte, d.h. an die beteiligten Versicherer, weitergeben und die erforderlichen Informationen bei diesen einholen. Kann der Begünstigte gegen Dritte Ansprüche geltend machen, die den vom TCS bzw. von der TAS Versicherungen AG erbrachten Leistungen entsprechen, so tritt der Begünstigte seine Ansprüche an diese ab.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters