



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Krankheits- und Unfallmeldung bei Aufenthalt im Ausland

Wir bitten Sie, alle zutreffenden Fragen genau und vollständig zu beantworten (keine Striche) und uns die Krankheits- und Unfallmeldung umgehend zuzustellen. Dieses Formular ist durch den Versicherungsnehmer oder den gesetzlichen Vertreter auszufüllen.

Versicherungsnehmer/in

Name	_____	Policen-Nr.	<input type="text"/>
Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Telefon / Mobile	_____	E-Mail	_____

Auslandaufenthalt (nur wenn in der Schweiz wohnhaft, mit Einsatzort Ausland oder Ereignis ausserhalb ausländischem Wohnland)

Dauer des Auslandaufenthalts vom _____ bis _____

Grund des Auslandaufenthalts	Ferien	Studium/Schule
	Geschäftsreise	Entsandter
	Zweck der Behandlung	Zweiter Wohnsitz
	Andere Gründe	

Wo haben Sie Ihren Wohnsitz? _____

Behandlungskosten

Behandlungsland _____

Tatsächlich bezahlter Kurs der ausländischen Währung _____

Hinweis: Die Fragen 1, 2, 8 und 9 müssen nur im Falle eines Unfalls ausgefüllt werden.

1 Name und Adresse des Arbeitgebers zum Zeitpunkt des Unfalls (auch bei Nebenjobs und Schnupperlehre)

Arbeitszeit _____ Tage / Woche _____ Stunden / Woche

Wenn arbeitslos:
Wann und bei wem haben Sie letztmals gearbeitet? _____

Bezogen Sie seither ein Taggeld der Arbeitslosenversicherung? Ja, vom _____ bis _____ Nein

2 Unfallhergang

Unfalldatum _____ Zeit _____ Ort _____

Genaue Beschreibung des Unfallhergangs (Örtlichkeiten, Witterung, beteiligte Personen, Fahrzeuge, Maschinen, Tiere)



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Geschah der Unfall auf dem Weg vom/zum Arbeitsplatz? Ja Nein
Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall? Ja Nein
(Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen)
Name, Adresse und Telefon-Nr. Drittperson

Name und Adresse Haftpflichtversicherung (genaue Bezeichnung mit Police-Nr.)

Name, Adresse und Telefon-Nr. Zeugen

Wurde ein Polizeirapport erstellt? Ja Nein
Von welcher Amtsstelle?

3 Rechnungen Ärztinnen/Ärzte

Nr.	Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt	Anzahl Besuche, Konsultationen, usw.	Betrag in Fremdwährung	Betrag in CHF
	Dr. med.			
	Dr. med.			
	Dr. med.			

4 Rechnungen für Extraleistungen

Nr.	Anzahl	Angaben	*Angaben der geröntgten Körperteile, usw.	Betrag in Fremdwährung	Betrag in CHF
		Röntgenaufnahme/n*			
		Laboruntersuchung/en			

5 Apothekerrechnungen (Arztrezept beilegen)

Nr.	Medikamente einzeln eintragen (Name der Medikamente)	Betrag in Fremdwährung	Betrag in CHF

6 Diverse Kosten (Physiotherapie, Hilfsmittel, Transport, usw.)

Nr.	Name und Adresse des Leistungserbringers	Betrag in Fremdwährung	Betrag in CHF

7 Spitalrechnungen

Eintrittsdatum		Austrittsdatum		Betrag in Fremdwährung	Betrag in CHF
Pension		Anzahl Tage à			
Übrige Spitalkosten (Operationssaal, Analysen, Arzt, usw.):					
Art der Operation/en oder Behandlungsgrund					

8 Andere Versicherungen

Durch welche der nachstehend aufgeführten Versicherungen sind Sie obligatorisch und/oder zusätzlich gegen Unfall versichert und in welchem Umfang. Besteht für die Heilungskosten z. B. eine volle Deckung oder nur eine Ergänzung zur Krankenversicherung? Sind Sie gegen Lohnausfall versichert? Wenn ja, in welchem Umfang?

Bitte Zutreffendes genau ausfüllen. Besteht keine andere Unfallversicherung, ist in jedem Feld ein «nein» anzukreuzen.

Versicherung		Versicherungsträger		
Obligatorische Unfallversicherung des Arbeitgebers (gemäss UVG)	Ja	Name	_____	
	Nein	Agentur	_____	
		Policen-Nr.	_____	
	Zusatz-/Ergänzungsversicherung zur obligatorischen Unfallversicherung des Arbeitgebers (gemäss UVG)	Ja	Name	_____
		Nein	Agentur	_____
		Policen-Nr.	_____	
Private Unfallversicherung	Ja	Name	_____	
	Nein	Agentur	_____	
		Policen-Nr.	_____	
Andere Versicherung (z. B. durch Sportverein)	Ja	Name	_____	
	Nein	Agentur	_____	
		Policen-Nr.	_____	
Erhalten Sie eine Rente der Eidg. Invalidenversicherung, der SUVA, UV, MV oder einer Privatversicherung?	Ja	Von welcher?	_____ Seit wann? _____	
	Nein	Monatliche Rente CHF	_____	
		Invalidität	_____ %	

9 Zusätzliche Fragen bei Verkehrsunfällen

	Von Ihnen benütztes Fahrzeug	Kollisionsfahrzeug
	Art (z.B. Velo, Mofa, Auto) _____	Art (z.B. Velo, Mofa, Auto) _____
	Polizeinr. _____	Polizeinr. _____
Halter (Eigentümer)	Name _____	Name _____
	Adresse _____	Adresse _____
	Telefon-Nr. _____	Telefon-Nr. _____
Haftpflichtversicherung	Name _____	Name _____
	Adresse _____	Adresse _____
	Telefon-Nr. _____	Telefon-Nr. _____
Bemerkungen	_____	_____

Unterzeichnete/-r erklärt alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben, und ermächtigt die KPT zur Einsichtnahme in sämtliche den Unfall betreffende Akten (z. B. medizinische Unterlagen, Akten der SUVA, der MV und des privaten Unfallversicherers, amtliche Akten).

Informationspflicht (Art. 27 ATSG)

Bitte prüfen Sie die Leistungspflicht anderer Sozialversicherungen wie AHV/IV, Militärversicherung, obligatorische Unfallversicherung nach UVG sowie allfällige Leistungen und Opferhilfe.

Die KPT richtet ihre Leistungen im Rahmen der Versicherungsbedingungen nur dann aus, wenn alle Originalrechnungen für die oben aufgeführten Kosten dieser Krankheits- und Unfallerklärung beigelegt sind. Im Interesse einer reibungslosen Schadenerledigung bitten wir Sie, uns möglichst detaillierte Belege zukommen zu lassen und diese, wenn nötig, mit einer Erklärung zu vervollständigen.

Die KPT behält sich das Recht vor, Originalrechnungen einzufordern.

Ort und Datum **X** _____

Unterschrift **X** _____
Versicherungsnehmer/in oder gesetzliche Vertreter/in