



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.

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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? _____

Behandlungsgrund und -dauer

Diagnose: _____ Unfall Ja Nein
Behandlung vom _____ bis _____
In welchem Land sind Sie erkrankt oder verunfallt? _____
Haben Sie Ihre KPT Versichertenkarte im Schadenfall vorgewiesen?
(betrifft nur Schadenfälle innerhalb der EU/EFTA) Ja Nein

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



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

2 Unfallhergang

Unfalldatum _____ Zeit _____ Ort _____

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

Geschah der Unfall auf dem Weg vom/zum Arbeitsplatz? Ja Nein

Hat eine Drittperson Verschulden am Unfall?
(Für Verkehrsunfälle siehe zusätzliche Fragen.) Ja Nein

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