

Anmeldung von Versicherungsleistungen

Das Formular „**Ärztliche Auskunft für die Pfl egetaggeldversicherung (Tarif SX)**“ lassen Sie bitte von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen und retournieren.

Adresse:

Generali Personenversicherungen AG
Herr Dr. med. Didier Lohner
Abteilung LP-NBC-C
Postfach 1040
8134 Adliswil 1

Das Formular „**Anmeldung für Leistungen aus der Pfl egetaggeldversicherung (Tarif SX)**“ und die Vollmacht wollen Sie uns bitte vollständig ausgefüllt und unterzeichnet retournieren. Bitte vergessen Sie die Beilagen gemäss Punkt 4. nicht.

Adresse:

Generali Personenversicherungen AG
Abteilung LP-NBC-C
Soodmattenstrasse 10
8134 Adliswil 1

Ärztliche Auskunft für die Pflegegeldversicherung (Tarif SX)

Versicherte Person / Geburtsdatum _____ Police Nr. _____

Das Taggeld wird entrichtet, wenn dank intensiver Pflege zuhause ein Spitalaufenthalt vermieden oder abgekürzt werden konnte. Es wird für jene Tage, welche der Versicherte nach ärztlicher Einschätzung sonst unweigerlich in einem Spital hätte zubringen müssen, eine pauschale Entschädigung erbracht. Die Pflege Betagter, Gebrechlicher oder Chronischkranker ist nicht versichert.

1. konnte dank der spitalexternen medizinischen Betreuung ein Spitalaufenthalt gemäss dieser Voraussetzung abgekürzt oder vermieden werden?

Ja / Nein

Wenn ja, um wieviel Tage? _____ Tage / Beginn: _____
Begründung: _____

Wer führte die medizinische Betreuung durch? _____

2. Anamnese und Verlauf des Falles:

3. War der/die Patient/in vorgängig hospitalisiert?

Ja / Nein

Wenn ja, Name und Ort des Spitals: _____
Abteilung: _____ Dauer: _____

4. Wann wurde das Leiden, welches eine spitalexterne Pflege bedingte, erstmals von einem Arzt festgestellt oder ärztlich behandelt?

5. Wurde das Leiden schon von anderen Ärzten behandelt?

Ja / Nein

Wenn ja, von welchen (Adresse)? _____

Wenn ja, wann _____

6. Bemerkungen: _____

Ort und Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: _____

Die Kosten dieses ärztlichen Zeugnisses gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.

Anmeldung für Leistungen aus der Pflegegeldversicherung (Tarif SX)

(von der versicherten Person oder ihrem Vertreter vollständig auszufüllen; neben diesem Formular ist auch die vom zuständigen Arzt ausgefüllte „Ärztliche Auskunft für Pflegegeld“ und die unter Punkt 4 erwähnten Unterlagen einzureichen)

Versicherte Person

Policennummer

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Wohin zahlen?

Auf Postkonto Nr. (lautend auf): _____

Auf Bankkonto Nr. (lautend auf): _____

IBAN: _____

1. Wen mussten Sie für die spitalexterne, medizinische Betreuung in Anspruch nehmen? (z.B. Pflegerin von Gemeinden, Hauskrankenpflegevereinen oder ähnlichen Organisationen) Wir bitten Sie um nähere Angaben.

2. Welche Verrichtungen führte das Personal aus? (z.B. Waschen, Ankl., Behandlungen wie Wundversorgungen, Spritzen)

3. Wie gross war der tägliche Zeitaufwand? _____ Stunden

4. **Bitte legen Sie eine Kopie des Pflegerapportes und der Abrechnungen der spitalexternen medizinischen und haushalterischen Betreuung bei.**

5. Musste eventuell noch zusätzlich gegen Entgelt eine Haushalthilfe in Anspruch genommen werden?

Ja

Nein

Wenn ja, durch wen? _____

6. Haben Sie jemals eine IV Rente bezogen oder Leistungen bei der IV beantragt?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und zu welchem Grad: _____

Ort und Datum

Unterschrift versicherte Person

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

(Nur, falls nicht mit versicherter Person identisch)

Referenznummer: _____

Abteilung: LP-NBC-C

Versicherte Person:

Name, Vorname und Geburtsdatum

Adresse

Das Datenschutzgesetz sieht eine Informationspflicht beim Beschaffen von besonders schützenswerten Personendaten vor. Dabei ist insbesondere auch auf den Zweck der Bearbeitung hinzuweisen. Für die Bearbeitung dieser Personendaten ist die ausdrückliche Zustimmung der betroffenen Person erforderlich.

Damit wir die zur Prüfung und Abklärung der versicherten Leistungen notwendigen Unterlagen beschaffen können, bitten wir Sie diese Vollmacht unterzeichnet zurückzusenden.

GENERALI Personenversicherungen AG verpflichtet sich, die auf diese Art erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln. Im Rahmen der Prüfung dieses Dossiers, insbesondere zur Abklärung der Leistungspflicht, ist die Gesellschaft berechtigt, die persönlichen Daten des/r Unterzeichnenden zu bearbeiten.

VOLLMACHT

Der/die Unterzeichnende entbindet hiermit Spitäler, Ärzte, Psychologen, Therapeuten; Personen mit einer medizinischen Ausbildung, welche mit der ärztlichen Betreuung/Behandlung der versicherten Person beauftragt sind, und entsprechendes Hilfspersonal; Krankenkassen, Kranken- und Unfallversicherungen, SUVA und IV-Stellen, Lebensversicherungen und sonstige Dritte, **die im Zusammenhang mit dem eingetretenen Ereignis Auskünfte erteilen können**, von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der GENERALI Personenversicherungen AG und ermächtigt sie, ihr diejenigen Auskünfte zu erteilen und ihr Einsicht in die Akten zu gewähren, die sie für die Prüfung des Dossiers, im Speziellen zur Abklärung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen, benötigt.

Ich ermächtige zudem die GENERALI Personenversicherungen Daten und medizinische Unterlagen im erforderlichen Umfang an andere Versicherer, Rückversicherer oder Gutachter weiterzuleiten, sowie von diesen oder Dritten Auskünfte einzuholen.

Ort und Datum

Unterschrift