

# Anmeldung von Versicherungsleistungen

Das Formular **«Ärztliche Auskunft für stationären Aufenthalt»** lassen Sie bitte von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen und retournieren.

**Adresse:**

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

Das Formular **«Anmeldung für Leistungen aus der Spitaltaggeldversicherung»** wollen Sie uns bitte vollständig ausgefüllt und unterzeichnet retournieren. Insbesondere bitten wir Sie auch, uns eine Ausweiskopie (inkl. Unterschrift) von Ihnen zuzustellen.

**Adresse:**

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

Es besteht ausserdem die Möglichkeit der telefonischen Leistungsregulierung für Ihren Spitalaufenthalt bis 14 Tage. Bereiten Sie die nachfolgend aufgeführten Informationen vor und rufen Sie uns nach erfolgtem Spitalaustritt an. Gerne geben wir Ihnen direkt am Telefon Auskunft, ob wir Ihren Aufenthalt telefonisch regulieren können oder ob noch anderweitige Unterlagen für die Prüfung notwendig sind.

- Daten (Eintritt/Austritt) Ihres Spitalaufenthaltes
- Name/Ort des Spitals
- Name/Ort Ihres Hausarztes
- Diagnose
- Ihre Kontoangaben
- Geburtsland
- Alle Nationalitäten die Sie besitzen

### Ärztliche Auskunft für stationären Aufenthalt

Versicherte Person \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Police Nr. \_\_\_\_\_

1. Dauer des Spitalaufenthaltes: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

2. Name des Spitals: \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Intensivstation? Wenn ja: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

3. Ursachen des Spitalaufenthaltes? Genaue Diagnosen (ICD Codes):

4. Seit wann ist dem Patienten die Hauptdiagnose bekannt? \_\_\_\_\_

5. Kurze Darstellung von Beginn, Verlauf und Folgen der Krankheit;  
bei Unfall, Hergang und Folgen. Welche Nebendiagnosen haben auf den Spitalaufenthalt  
einen Einfluss gehabt?

6. Wann wurde wegen des Leidens, das einen Spitalaufenthalt erforderte, ein Arzt konsultiert  
(Name des Arztes angeben)?  
(Feststellung, Diagnose, Kontrolle, Behandlung, Behandlungsempfehlung oder sonstiger ärztlicher Rat).

Erstmalige Konsultation: \_\_\_\_\_

Letztmalige Konsultation: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

7. Einweisender Arzt (Name, Adresse):

8. Bei welchem Arzt/Spital erfolgt die weitere Behandlung?

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Die Kosten dieses ärztlichen Zeugnisses gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.

# Anmeldung für Leistungen aus der Spitaltaggeldversicherung

## Versicherte Person

Policennummer(n) \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_  
Alle Nationalitäten \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Mobile \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_

## Wohin zahlen?

Auf Post / Bankkonto Nr. \_\_\_\_\_  
Name/Adresse der Post / Bank \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
Konto lautend auf \_\_\_\_\_  
(Name und Adresse)

**Bitte beachten Sie, dass Zahlungen an eine andere Person als den Versicherungsnehmer nicht möglich sind. Ausnahme: Konti, bei welchen der Versicherungsnehmer einer von 2 Kontoinhabern ist\*.**

\*sofern es sich um ein solches Konto handelt, benötigen wir vom 2. Kontoinhaber ebenfalls eine Ausweiskopie (inkl. Unterschrift) und die Angaben zu Geburtsland und allen Nationalitäten.

**1. Ursache des Spitalaufenthaltes**

(kurze Beschreibung der Krankheit oder des Unfalles)

**2. Wann wurden Sie krank bzw. ereignete sich der Unfall?**

Datum: \_\_\_\_\_

**3. Wann haben Sie wegen dieser Krankheit oder wegen dieses Unfalls  
erstmal einen Arzt aufgesucht?**

Datum: \_\_\_\_\_

**4. Welcher Arzt hat die Spitaleinweisung veranlasst?**

Name und genaue Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Welches ist Ihr Hausarzt?**

Name und genaue Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Sind weitere Ärzte an der Behandlung beteiligt?**

Name und genaue Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Name Ihrer Krankenkasse sowie Adresse der für Sie zuständigen Sektion?**

**8. Haben Sie wegen dieser oder einer ähnlichen Krankheit oder im Zusammenhang mit den  
Unfallfolgen schon früher einen Arzt konsultiert?**

Ja     Nein

**9. Haben Sie in den letzten fünf Jahren überhaupt einen Arzt konsultiert?**

Ja     Nein

**Wenn Sie die Frage 8 oder 9 mit JA beantworten haben,** bitte nähere Angabe (an welchen Daten haben Sie einen Arzt konsultiert, Art und Dauer der Behandlung, Name und Adresse der Ärzte)

## 10. Datum des Spitalbesuchs

Datum des Spitaleintrittes: \_\_\_\_\_  
Datum des Spitalaustrittes: \_\_\_\_\_  
oder die ungefähre Dauer: \_\_\_\_\_  
Name und Ort des Spitals: \_\_\_\_\_

Bitte die folgende Frage nur beantworten, wenn es sich bei Ihrer Versicherung um einen DUO Bargeld Hospital Plan (Tarif SPD) handelt:

**Beantragen Sie die Auszahlung der doppelten Leistung aufgrund einer schweren Erkrankung nach Artikel 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen?**  Ja  Nein

**Bitte Ausweiskopie (inkl. Unterschrift) von Ihnen beilegen.**

_____	_____	_____
Ort und Datum	Unterschrift versicherte Person	Unterschrift Versicherungsnehmer/in (nur, falls nicht mit versicherter Person identisch)

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 AG 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 versicherte Person	Unterschrift Versicherungsnehmer/in (nur, falls nicht mit versicherter Person identisch)