

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.

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 Ihres Spitalaufenthaltes
- Name/Ort des Spitals
- Name/Ort Ihres Hausarztes
- Diagnose
- Seit wann genau ist die Diagnose bekannt
- Ihre Kontoangaben

Ärztliche Auskunft
für stationären Aufenthalt

Certificat médical
pour séjour en établissement hospitalier

Certificato medico
per degenza ospedaliera stazionaria

 Versicherte Person / Geburtsdatum
 Personne assurée / Date de naissance
 Persona assicurata / Data di nascita

 Police Nr.
 Police No
 Polizza No

1. Dauer des Spitalaufenthaltes: vom/du/dal bis/au/al
 Durée du séjour hospitalier: _____
 Durata della degenza ospedaliera: _____

2. Name des Spitals: _____
 Nom de l'hôpital: _____
 Nome dell'ospedale: _____
 Abteilung/service/reparto: _____
 Intensivstation? Wenn ja: _____
 Service des soins intensifs: vom/du/dal bis/au/al
 Sala di rianimazione? _____

3. Ursachen des Spitalaufenthaltes? Genaue Diagnosen (ICD Codes): _____
 Raisons du séjour à l'hôpital? Diagnostics exacts: _____
 Causa della degenza ospedaliera? Diagnosi esatte: _____

4. Seit wann ist dem Patienten die Hauptdiagnose bekannt?
 Depuis quand le patient est-il au courant du diagnostic exact?
 Da quando il paziente è a conoscenza della diagnosi principale? _____

5. Kurze Darstellung von Beginn, Verlauf und Folgen der Krankheit;
 bei Unfall, Hergang und Folgen. Welche Nebendiagnosen haben auf
 den Spitalaufenthalt einen Einfluss gehabt?
 Description sommaire du début, du cours et des suites de la
 maladie; en cas d'accident, causes et suites de celui-ci. Quels sont les
 diagnostics secondaires qui ont aussi influencé l'hospitalisation ?
 Concisa descrizione circa l'inizio, il decorso e le conseguenze della
 malattia; in caso d'infortunio, causa e conseguenze del medesimo.
 Quali diagnosi collaterali hanno avuto rilevanza per la degenza
 ospedaliera? _____

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).
 Quand est-ce qu'un médecin a été consulté concernant le cas ayant nécessité l'hospitalisation (indiquer le nom du médecin)?
 (constatation, diagnostic, contrôles, traitement, recommandations ou autres conseils médicaux).
 Quando è stato consultato un medico per la malattia causa della degenza ospedaliera (indicare il nome del medico)?
 (Accertamento, diagnosi, controllo, terapia consigliata o altra terapia alternativa consigliata dal medico)

Erstmalige Konsultation/première consultation/prima consultazione: Datum/date/data: _____
 Letztmalige Konsultation/dernière consultation/ultima consultazione: Datum/date/data: _____
 Name/nom/nome: _____

7. Einweisender Arzt (Name, Adresse):
 Quel médecin a ordonné l'hospitalisation (adresse):
 Medico che ha ordinato l'ospedalizzazione (indirizzo): _____

8. Bei welchem Arzt/Spital erfolgt die weitere Behandlung?
 Après de quel médecin/hôpital le traitement continue-t-il?
 Presso quale medico/ospedale viene continuato il trattamento? _____

Ort und Datum: _____ Stempel und Unterschrift des Arztes:
 Lieu et date: _____ Timbre et signature du médecin:
 Luogo e data: _____ Timbro e firma del medico: _____

Die Kosten dieses ärztlichen Zeugnisses gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.
 Les frais de cette attestation médicale vont à la charge du preneur d'assurance.
 L'onorario per il presente certificato è a carico dello stipulante.

Anmeldung für Leistungen aus der Spitaltaggeldversicherung (Tarife SP01 und SPD)

(von der versicherten Person oder ihrem Vertreter vollständig auszufüllen; neben diesem Formular ist auch die vom zuständigen Arzt ausgefüllte „Ärztliche Auskunft für stationären Aufenthalt“ spätestens sechs Wochen nach Spitaleintritt einzureichen)

Versicherte Person

Policennummer(n)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

E-Mail:

Wohin zahlen?

Auf Postkonto Nr. (lautend auf):

Auf Bankkonto Nr. (lautend auf):

IBAN:

1. **Ursache des Spitalaufenthaltes** (kurze Beschreibung der Krankheit oder des Unfalles)

2. **Wann wurden Sie krank bzw. wann ereignete sich der Unfall?** (Datum)

3. **Wann haben Sie wegen dieser Krankheit oder wegen dieses Unfalls erstmals 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

Bitte beide Seiten ausfüllen!

Wenn Sie die Frage 8 oder 9 mit JA beantwortet 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 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:

11. Beantragen Sie die Auszahlung der doppelten Leistung aufgrund einer schweren Erkrankung nach Artikel 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen?

Ja Nein

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