

Meldung über Spitalaufenthalt

Spitaltaggeldversicherung

Dieses Formular ist durch die versicherte Person, beziehungsweise deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Alle zutreffenden Fragen sind vollständig zu beantworten und das Formular umgehend unterzeichnet an die am Schluss des Dokumentes aufgeführte Adresse zu senden. Bei Fragen hilft das Contact Center 0844 277 888 gerne weiter. Vielen Dank.

Kundennummer

1 Allgemeine Auskünfte

1.1 Hospitalisierte Person

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

2 Spitalaufenthalt

2.1 Spital

Name des Spitals

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

2.2 Einweisender Arzt

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

3 Durch den einweisenden Arzt oder das Spital auszufüllen und zu bestätigen

3.1 Spitalaufenthalt

Spitaleintritt

Spitalausritt

Datum

Datum

Definitive Anzahl Spittage

[] [] []

Aufenthalt auf der normalen Station

Aufenthalt auf der Intensivstation

Datum

Datum

von [] bis [] von [] bis []

Aufenthalt auf der Überwachungsstation

Datum

von [] bis []

3.2 Grund des Aufenthaltes

Genauere Diagnose

[]

3.3 Wann wurde die Krankheit / der Unfall erstmals festgestellt? (Bitte ankreuzen)

Datum

[]

3.4 Wurde der Patient in den letzten 4 Jahren wegen des obengenannten Leidens ärztlich behandelt?

Nein Ja, wann []

Bemerkungen

Die unterzeichnende Person erklärt, alle Fragen auf allen Seiten wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Ort

Datum

[] []

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

[] []

Einsenden an:
CSS Versicherung
Kompetenzcenter Spezialversicherungen
Postfach 2568
6002 Luzern

Ermächtigung

Spitaltaggeldversicherung

Kundennummer

Versicherte Person

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Bemerkungen

Die unterzeichnende Person erklärt, alle Fragen auf allen Seiten wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars wird die CSS Versicherung ermächtigt, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden resp. ihren Gesellschafts- und Vertrauensärzten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte und Dokumente einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind. Die involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber der CSS Versicherung von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis befreit.

Die unterzeichnende Person hat das Recht, über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten Auskunft zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Rechtsträger für Grundversicherung (KVG): CSS Kranken-Versicherung AG, Rechtsträger für Zusatzversicherungen (VVG): CSS Versicherung AG

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter

Einsenden an:
CSS Versicherung
Kompetenzcenter Spezialversicherungen
Postfach 2568
6002 Luzern