

## Antrag auf Spitaltaggeld

Vertrag Nr. \_\_\_\_\_

### Hinweis

Der Antrag ist frühestens nach einer Spitaldauer von 30 Tagen oder am Ende des Spital- oder Kuraufenthaltes einzureichen. Für Kuren ist zusätzlich eine Kurverordnung des einweisenden Arztes einzureichen.

### Angaben zur versicherten Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon / Mobiletelefon Nr. \_\_\_\_\_

### Angaben der versicherten Person

Art der Erkrankung oder Verletzung \_\_\_\_\_

Handelt es sich um einen Unfall?  Ja  Nein

Datum der ersten ärztlichen Konsultation \_\_\_\_\_

Einweisender Arzt (Name, Adresse) \_\_\_\_\_

Erfolgten frühere Behandlungen mit gleicher Ursache?  Ja  Nein

Wenn ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Bei welchem Arzt oder in welchem Spital?  
Name, Adresse \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Bemerkungen

---

---

---

---



## Vollmacht

Ich bin mir bewusst, dass Swiss Life für die Prüfung des Leistungsfalls bestimmte Daten über meine Person benötigt. Das Fehlen dieser Daten kann zur Ablehnung des Leistungsbegehrens führen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Personalien (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Beruf, Adresse) sowie meine Gesundheitsdaten zum Zweck der Leistungsprüfung von Swiss Life bearbeitet werden. Swiss Life kann diese Daten zur Leistungsprüfung und zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs auch Konzerngesellschaften sowie anderen beteiligten Versicherern und Rückversicherern im In- und Ausland übermitteln.

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass Swiss Life zur Leistungsprüfung Auskünfte bei Konzerngesellschaften sowie bei Arbeitsstellen und bei Dritten, insbesondere bei Vorversicherern über den bisherigen Schadenverlauf, einholt.

Ich entbinde hiermit Spitäler, Ärzte, Psychologen, Therapeuten, und entsprechendes Personal der Krankenkassen, Krankentaggeldversicherungen, Kranken- und Unfallversicherungen, AHV- und IV-Stellen, Lebensversicherungen, Pensionskassen, Rückversicherer sowie sonstige Dritte, die im Zusammenhang mit dem eingetretenen Ereignis Auskünfte erteilen können, von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen Schweigepflicht und ermächtige diese, Swiss Life 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.

Ausserdem ermächtige ich Swiss Life, Informationen und Unterlagen (inkl. medizinischer Unterlagen und uns vorliegender Akten weiterer involvierter Versicherungen) an andere Versicherer, z.B. an Krankenkassen, Krankentaggeldversicherungen, Kranken- und Unfallversicherungen, AHV- und IV-Stellen, Lebensversicherungen, Pensionskassen, Rückversicherer sowie an Gutachter und Ärzte zum Zweck der Leistungsabwicklung zu übermitteln. Swiss Life kann diese Daten zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs anderen Konzerngesellschaften und auch an Dritte übermitteln.

Policen-/Referenz-Nr. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der versicherten Person \_\_\_\_\_



## Aufenthaltsbescheinigung

### Hinweis

Bitte lassen Sie die Aufenthaltsbescheinigung durch die Spital- oder Kurhausverwaltung ausfüllen. Sie können uns auch die Rechnungskopie mit dem Ein- und Austrittsdatum einreichen.

- Spitalaufenthalt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Kuraufenthalt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Grund  Unfallfolgen  Krankheit  Geburt

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Spital- oder Kurhausverwaltung

## Auszahlung

### Auszahlung an das folgende Finanzinstitut:

**Finanzinstitut der Schweiz**

IBAN \_\_\_\_\_  
Name Finanzinstitut \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (nat/jur. Person<sup>1</sup>) \_\_\_\_\_  
Wohnadresse/Domiziladresse  
Kontoinhaber (sofern abweichend vom  
Versicherungsnehmer) \_\_\_\_\_

**Finanzinstitut in Europa**

IBAN \_\_\_\_\_  
Name Finanzinstitut \_\_\_\_\_  
Adresse Finanzinstitut \_\_\_\_\_  
Land Finanzinstitut \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (nat/jur. Person<sup>1</sup>) \_\_\_\_\_  
Wohnadresse/Domiziladresse  
Kontoinhaber (sofern abweichend vom  
Versicherungsnehmer) \_\_\_\_\_



**Finanzinstitut ausserhalb Europas**

Bankkonto Nr. \_\_\_\_\_

SWIFT Code \_\_\_\_\_

Name Finanzinstitut \_\_\_\_\_

Adresse Finanzinstitut \_\_\_\_\_

Land Finanzinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (nat./jur. Person<sup>1</sup>) \_\_\_\_\_

Wohnadresse/Domiziladresse  
Kontoinhaber (sofern abweichend vom  
Versicherungsnehmer) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bei operativ tätigen juristischen Personen/Personengesellschaften ist das Formular "Feststellung der Kontrollinhaber bei juristischen Personen / Personengesellschaften" einzureichen.

Bei Sitzgesellschaften (nicht operativ tätige juristische Personen/Personengesellschaften) ist das Formular "Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten" durch den Antragsteller/Versicherungsnehmer auszufüllen.

*Falls der Zahlungsempfänger nicht der gemäss Vertrag anspruchsberechtigten Person entspricht, sind zusätzlich folgende Angaben zu machen:*

**Anspruchsberechtigte Person (nat./jur.)**

Name, Vorname / Firma \_\_\_\_\_

Wohnadresse / Domiziladresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / Gründungsdatum \_\_\_\_\_

Nationalität / Domizilstaat \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

