

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 / Mobiltelefon Nr. _____
E-Mail-Adresse _____

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) _____
Erfolgt 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 Versicherungsmisbrauchs 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 Versicherungsmisbrauchs 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

Die Auszahlung der Leistung erfolgt an (bitte eine Auswahl treffen):

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Versicherungs- / Vertragsnehmer | <input type="radio"/> Eltern / Grosseltern |
| <input type="radio"/> EhepartnerIn / Eingetragene(r) PartnerIn | <input type="radio"/> Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule |
| <input type="radio"/> LebenspartnerIn im gleichen Haushalt wohnhaft | <input type="radio"/> Kinder / Enkelkinder |
| <input type="radio"/> Anerkannte gemeinnützige Organisationen (nur mit ZEWO oder SQS VMI Gütesiegel) | <input type="radio"/> Personen / Stellen mit vertraglichem oder sonstigem rechtlichen Anspruch |

Interne Verwendung (vom Berater auszufüllen)

Vertrag Swiss Life / Prämien depot Nr. _____

Anlagelösung / 3a Start IBAN _____

lautend auf _____

Betrag* CHF _____

* Keinen Betrag angeben, wenn die Gesamtsumme verwendet wird.



Finanzinstitut

IBAN _____

Konto Nr. (ausserhalb Europas) _____

SWIFT Code (ausserhalb Europas) _____

Name Finanzinstitut _____

Adresse Finanzinstitut _____

Land Finanzinstitut _____

Kontoinhaber (nat./jur. Person¹) _____

Wohnadresse/Domiziladresse
Kontoinhaber (sofern abweichend vom
Versicherungsnehmer) _____

¹ 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 _____

