Meldung über Spitalaufenthalt

Spitaltaggeldversicherung

Bitte füllen Sie das Formular als versicherte Person bzw. deren gesetzliche Vertretung vollständig aus und senden Sie es an die auf der letzten Seite aufgeführte Adresse. Nur so können wir Ihren Leistungsanspruch prüfen. Unter **css.ch/spitaltaggeld** finden Sie alle Informationen zum Produkt sowie das notwendige Formular. Haben Sie Fragen? Unser Kundenservice-Center 0844 277 888 hilft Ihnen 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 Rehaklinik

Name der Klinik

Strasse, Hausnummer | PLZ/Ort

2.3 Einweisender Arzt

Vorname | Name

Strasse, Hausnummer | PLZ/Ort

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

3.1 Spitalaufenthalt

Vorname | Name | Kundennummer

Spitaleintritt

Datum

Spitalaustritt

Datum | Definitive Anzahl Spitaltage

Aufenthalt auf der normalen Station

Datum

von bis

Aufenthalt auf der Intensivstation

Datum

von bis

Aufenthalt in der Reha-Abteilung

Datum

von bis

3.2 Grund des Aufenthaltes

Genaue Diagnose und ICD 10 Code

3.3 Feststellung

Wann wurde die **Krankheit** ☐ erstmals festgestellt? (Bitte ankreuzen)

Wann wurde der **Unfall** ☐ erstmals festgestellt? (Bitte ankreuzen)

Wann wurde die **Schwangerschaft** ☐ festgestellt? (Bitte ankreuzen)

Datum

Bemerkungen

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

Ort | Datum

Unterschrift des Arztes | Stempel des Arztes

Anschrift des Versicherers:
CSS, 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 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 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 die Grundversicherung (KVG): CSS Kranken-Versicherung AG, Rechtsträger für Versicherungen nach VVG: CSS Versicherung AG

Ort | Datum

Unterschrift der versicherten Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter

Anschrift des Versicherers:
CSS, Kompetenzcenter Spezialversicherungen, Postfach 2568, 6002 Luzern

Form. 11d-03.25-pdf