

# Meldung über Spitalaufenthalt

## Spitaltaggeldversicherung

Dieses Formular ist durch die versicherte Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter auszufüllen. Unter [css.ch/spitaltaggeld](https://css.ch/spitaltaggeld) finden Sie alle Informationen zum Produkt sowie das notwendige Formular. Wir bitten, dieses vollständig auszufüllen und so schnell wie möglich an die auf der letzten Seite aufgeführte Adresse zu senden. Ohne Ihre Angaben können wir Ihren Leistungsanspruch nicht prüfen. Vielen Dank für die Zusammenarbeit. Haben Sie Fragen? Unser Contact Center 0844 277 888 hilft Ihnen gerne weiter.

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

Vorname

Name

Kundennummer

Spitaleintritt

Datum

Spitalausritt

Datum

Definitive Anzahl Spittage

Aufenthalt auf der normalen Station

Datum

von

bis

Aufenthalt auf der Intensivstation

Datum

von

bis

#### 3.2 Grund des Aufenthaltes

Genauere Diagnose und ICD 10 Code

#### 3.3 Wann wurde die Krankheit / der Unfall / die Schwangerschaft 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 AG  
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 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 AG  
 Kompetenzzentrum Spezialversicherungen  
 Postfach 2568  
 6002 Luzern