

# Anmeldung von Versicherungsleistungen

Das Formular «**Ärztliche Auskunft für die Pflegetaggeldversicherung (Tarif SX)**» lassen Sie bitte von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen und retournieren.

**Adresse:**

Generali Personenversicherungen AG  
Herr Dr. med. Didier Lohner  
Abteilung LP-NBC-C  
Postfach 1040  
8134 Adliswil 1

Das Formular «**Anmeldung für Leistungen aus der Pflegetaggeldversicherung (Tarif SX)**» und die Vollmacht wollen Sie uns bitte vollständig ausgefüllt und unterzeichnet retournieren. Bitte vergessen Sie die Beilagen gemäss Anmeldeformular nicht. Insbesondere bitten wir Sie auch, uns eine Ausweiskopie (inkl. Unterschrift) von Ihnen zuzustellen.

**Adresse:**

Generali Personenversicherungen AG  
Abteilung LP-NBC-C  
Soodmattenstrasse 10  
8134 Adliswil 1

### Ärztliche Auskunft für die Pflegetaggeldversicherung (Tarif SX)

Versicherte Person \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Police Nr. \_\_\_\_\_

Das Taggeld wird entrichtet, wenn dank intensiver Pflege zuhause ein Spitalaufenthalt vermieden oder abgekürzt werden konnte. Es wird für jene Tage, welche der Versicherte nach ärztlicher Einschätzung sonst unweigerlich in einem Spital hätte zubringen müssen, eine pauschale Entschädigung erbracht. Die Pflege Betagter, Gebrechlicher oder Chronischkranker ist nicht versichert.

#### 1. Konnte dank der spitalexternen medizinischen Betreuung ein Spitalaufenthalt gemäss dieser Voraussetzung abgekürzt oder vermieden werden?

Ja  Nein

Wenn ja, um wieviele Tage? \_\_\_\_\_ Tage Beginn: \_\_\_\_\_

Begründung:

Wer führte die medizinische Betreuung durch? \_\_\_\_\_

#### 2. Anamnese und Verlauf des Falles:

#### 3. War der/die Patient/in vorgängig hospitalisiert?

Ja  Nein

Wenn ja, Name und Ort des Spitals: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

#### 4. Wann wurde das Leiden, welches eine spitalexterne Pflege bedingte, erstmals von einem Arzt festgestellt oder ärztlich behandelt?

**5. Wurde das Leiden schon von anderen Ärzten behandelt?**

Ja     Nein

Wenn ja, von welchen (Adresse)? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

**6. Bemerkung:**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

Die Kosten dieses ärztlichen Zeugnisses gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.

**Bitte retournieren Sie dieses Formular an folgende Adresse:**

Generali Personenversicherungen AG

Herr Dr. med. Didier Lohner

Abteilung LP-NBC-C

Postfach 1040

8134 Adliswil 1

# Anmeldung für Leistungen

## aus der Pflegegeldversicherung (Tarif SX)

Generali Personenversicherungen AG  
New Business & Claims  
Soodmattenstrasse 10  
Postfach 1040  
8134 Adliswil 1

### Versicherte Person

Policennummer(n) \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_  
Alle Nationalitäten \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Mobile \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_

### Wohin zahlen?

Auf Post / Bankkonto Nr. \_\_\_\_\_  
Name/Adresse der Post / Bank \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
Konto lautend auf \_\_\_\_\_  
(Name und Adresse)

**Bitte beachten Sie, dass Zahlungen an eine andere Person als den Versicherungsnehmer nicht möglich sind. Ausnahme: Konti, bei welchen der Versicherungsnehmer einer von 2 Kontoinhabern ist\*.**

\* sofern es sich um ein solches Konto handelt, benötigen wir vom 2. Kontoinhaber ebenfalls eine Ausweiskopie (inkl. Unterschrift) und die Angaben zu Geburtsland und allen Nationalitäten.

**1. Wen mussten Sie für die spitalexterne, medizinische Betreuung in Anspruch nehmen?**

(z.B. Pflegerin von Gemeinden, Hauskrankenpflegevereinen oder ähnlichen Organisationen)

Wir bitten Sie um nähere Angaben.

---

---

**2. Welche Verrichtungen führte das Personal aus?**

(z.B: Wachen, Ankleiden, Behandlungen wie Wundversorgungen, Spritzen)

---

---

**3. Wie gross war der tägliche Zeitaufwand?**

\_\_\_\_\_ Stunden

**4. Bitte legen Sie eine Kopie des Pflegerapportes un der Abrechnungen der spitalexternen medizinischen und haushalterischen Betreuung bei.**

**5. Musste eventuell noch zusätzlich gegen Entgelt eine Haushalthilfe in Anspruch genommen werden?**

Ja     Nein

Wenn ja, durch wen? \_\_\_\_\_

**6. Haben Sie jemals eine IV-Rente bezogen oder Leistungen bei der IV beantragt?**

Ja     Nein

Wenn ja, wann und zu welchen Grad? \_\_\_\_\_

**Bitte Ausweiskopie (inkl. Unterschrift) von Ihnen beilegen.**

---

Ort und Datum	Unterschrift versicherte Person	Unterschrift Versicherungsnehmer/in (nur, falls nicht mit versicherter Person identisch)
---------------	---------------------------------	--

# Vollmacht

Policennummer: \_\_\_\_\_ Abteilung: LP-NBC-C

Versicherte Person: \_\_\_\_\_

Das Datenschutzgesetz sieht eine Informationspflicht beim Beschaffen von besonders schützenswerten Personendaten vor. Dabei ist insbesondere auch auf den Zweck der Bearbeitung hinzuweisen. Für die Bearbeitung dieser Personendaten ist die ausdrückliche Zustimmung der betroffenen Person erforderlich.

Damit wir die zur Prüfung und Abklärung der versicherten Leistungen notwendigen Unterlagen beschaffen können, bitten wir Sie diese Vollmacht unterzeichnet zurückzusenden.

**Generali Personenversicherungen AG verpflichtet sich, die auf diese Art erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln. Im Rahmen der Prüfung dieses Dossiers, insbesondere zur Abklärung der Leistungspflicht, ist die Gesellschaft berechtigt, die persönlichen Daten des/r Unterzeichnenden zu bearbeiten.**

Der/die Unterzeichnende entbindet hiermit Spitäler, Ärzte, Psychologen, Therapeuten; Personen mit einer medizinischen Ausbildung, welche mit der ärztlichen Betreuung/Behandlung der versicherten Person beauftragt sind, und entsprechendes Hilfspersonal; Krankenkassen, Kranken- und Unfallversicherungen, SUVA, AHV- und IV-Stellen; Lebensversicherungen und Pensionskassen, Rückversicherer und sonstige Dritte (z.B. Arbeitgeber), **die im Zusammenhang mit dem eingetretenen Ereignis Auskünfte erteilen können**, von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Generali Personenversicherungen AG und ermächtigt sie, ihr diejenigen Auskünfte zu erteilen und ihr Einsicht in die Akten sowie die Informationen über Vorbescheide und Verfügungen zu gewähren, die sie für die Prüfung des Dossiers, im speziellen zur Abklärung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen, benötigt.

Ich ermächtige zudem die Generali Personenversicherungen AG Daten und medizinische Unterlagen im erforderlichen Umfang an andere Versicherer, Rückversicherer oder Gutachter weiterzuleiten sowie von diesen oder Dritten Auskünfte einzuholen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift