

Krankenhaustagegeld Leistungsantrag

Bitte unterstützen Sie uns dabei, Ihren Leistungsantrag schnellst möglichst zu bearbeiten: Füllen Sie das Formular aus und unterschreiben Sie es. Unvollständig ausgefüllte Anträge müssen wir zur Vervollständigung an Sie zurückschicken, was zur Verzögerung der Bearbeitung führt.

Angaben zum Policeninhaber (Hauptversicherter auf dem Versicherungsschein)	
Policennummer.....(12 Stellen)	
Name/Vorname.....	Geburtsdatum <input type="text"/> TT.MM.JJJJ
Adresse..... Ort..... PLZ.....	
Telefonnummer..... E-Mail Adresse.....	
Beruf.....	
Verletzte Person (falls abweichend vom Policeninhaber)	
Name/Vorname..... Geburtsdatum. <input type="text"/> TT.MM.JJJJ	
Adresse..... Ort..... PLZ.....	
Telefonnummer..... Größe..... Gewicht.....	
Beruf..... Verhältnis zum Policeninhaber.....	
Krankenhausaufenthalt	
Name des Krankenhauses.....	
Adresse..... Ort..... PLZ.....	
Telefon Nummer..... E-Mail Adresse.....	
Einweisung <input type="text"/> TT.MM.JJJJ <input type="text"/> Std:Min Entlassung <input type="text"/> TT.MM.JJJJ <input type="text"/> Std:Min	
Angaben zum Hintergrund – Bitte machen Sie die Angaben zum Unfall oder zur Krankheit	
Unfall	
Wann passierte der Unfall? <input type="text"/> TT.MM.JJJJ <input type="text"/> Std:Min	
Wo passierte der Unfall?	
Unfalldetails/Schadenschilderung.....	
Welche Verletzungen haben Sie davongetragen?.....	
Krankheit	
Wann traten die Symptome zuerst auf <input type="text"/> TT.MM.JJJJ	
Diagnose.....	Diagnosedatum <input type="text"/> TT/MM/JJJJ
Art der Erkrankung?.....	
Waren Sie daran in der Vergangenheit bereits erkrankt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, bitte nennen Sie die damalige Behandlung.....	
Wurden Sie zusätzlich auf einer Intensivstation behandelt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja vom <input type="text"/> TT/MM/JJJJ __: __ Std:Min bis <input type="text"/> TT/MM/JJJJ __: __ Std:Min	

Leistungsanfrage

Sie sind damit einverstanden, dass Advent Insurance PCC Ltd - UIB Cell seine Leistungsverpflichtung aus dem Vertragsverhältnis auf der Grundlage der von Ihnen hier gemachten Angaben erfüllen wird.

WICHTIGER HINWEIS: *Zahlungen erfolgen nur per Banküberweisung auf das Konto, von welchem Ihre monatliche Prämie abgebucht wird. Falls Ihre Zahlung anders als per Lastschrift erfolgt, geben Sie uns bitte weitere Daten an. In diesem Fall benötigen wir einen Nachweis über Ihre Kontodaten, welcher diese zusammen mit Ihrem vollständigen Namen und Ihre Adresse bestätigt.*

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name der Bank: _____

Adresse der Bank Ort _____ PLZ _____

Name des Versicherungsnehmers / Bezugsberechtigten: _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers / Bezugsberechtigten:

Ort: _____

Datum (TT.MM.JJJJ): _____

Einverständniserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Um Ihre Schadensmeldung zu bearbeiten und Ihre Police zu verwalten, müssen wir von uns erhobene Informationen verarbeiten und mit Dritten, die in unserem Auftrag arbeiten, teilen. In diesem Dokument beschreiben wir, wie wir diese Informationen verwenden und bitten um Ihre Zustimmung. Wir benötigen die Zustimmung sowohl vom Versicherungsnehmer als auch vom Antragsteller (die geschädigte Person).

Bitten lesen Sie die nachstehenden Bedingungen und unterschreiben Sie das Formular, wenn Sie damit einverstanden sind. Wenn Sie diesen Bedingungen nicht zustimmen, können wir Ihren Versicherungsanspruch nicht weiter prüfen. Bevor wir mit der Prüfung Ihres Anspruches beginnen können, muss dieses Formular zusammen mit Ihrer Schadensmeldung (Claims Form) ausgefüllt zurückgeschickt werden.

Ich verstehe, dass ich mit der nachstehenden Unterzeichnung:

1. erkläre, dass die von mir in der Schadensmeldung und in jedweden Begleitdokumenten angegebenen Informationen wahr und vollständig sind. Jedwede(r/s) Betrug, Falschaussagen oder Verschweigen meinerseits führt zur unverzüglichen Kündigung meiner Police und zum Verlust aller meiner Leistungsansprüche und aller erfolgten Prämienzahlungen.
2. der Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten, einschließlich sensibler personenbezogener Daten (wie z. B. medizinischen Informationen) durch Advent Insurance PCC Ltd - UIB Cell für die Zwecke der Prüfung und Validierung von Schadensansprüchen, Verwaltung von Policen, Bereitstellung von Dienstleistungen und Betrugsprävention zustimme. Ich stimme zu, dass meine Daten dafür an Dritte, die in unserem Auftrag in Großbritannien, im Europäischen Wirtschaftsraum sowie im restlichen Ausland, arbeiten, weitergegeben werden können.
3. meine Zustimmung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in Bezug auf diesen Versicherungsanspruch zurückhalten oder widerrufen kann, und veranlassen kann, dass Ungenauigkeiten geändert oder gelöscht werden, dass jedoch ein solches Vorgehen die Bearbeitung meines Anspruches durch Advent Insurance PCC Ltd - UIB Cell beeinträchtigen kann.

Ich ermächtige hiermit jeden Arzt, der mich behandelt oder untersucht hat, sowie Versicherungsunternehmen, Versicherungsträger und Behörden, Advent Insurance PCC Ltd - UIB Cell oder ihren Vertretern gegenüber Auskünfte über meine vergangene und gegenwärtige geistige und körperliche Verfassung und Gesundheit zu erteilen, und auch zu solchen weiteren Auskünften, die erforderlich sind, um den geltend gemachten Anspruch zu bearbeiten.

Eine Kopie dieser Ermächtigung hat dabei die gleiche Gültigkeit wie das Original.

Versicherungsnehmer

Antragsteller (die versicherte Person)

Unterschrift

Unterschrift

Name des Versicherungsnehmers (in
Druckbuchstaben)

Name des Antragstellers (in
Druckbuchstaben)

Datum

Datum