

z. H. des behandelnden Arztes

CBO/bst

Chubb Versicherungen (Schweiz) AG – Versicherungspolice Taggeldversicherung (Krankheit oder Unfall)

Sehr geehrte(r) Herr/Frau Dr.

auf Anfrage unserer bevollmächtigten Vertreterin, der Versicherungsgesellschaft Chubb Versicherungen (Schweiz) AG, bitten wir Sie, uns baldmöglichst die folgenden zusätzlichen Informationen zukommen zu lassen:

- Eine ausführliche und **maschinell ausgestellte** ärztliche Bescheinigung, der die Gründe der Krankschreibung zu entnehmen sind (Diagnose, Art, Dauer und Fortgang der Behandlung sowie die Prognose, insbesondere hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit).
- Voraussichtliches Datum der Wiederaufnahme der Arbeit.

Nach Erhalt dieser Auskünfte wird die Versicherungsgesellschaft Chubb Versicherungen (Schweiz) AG die Versicherungsleistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen zu können.

Bitte senden Sie Ihre Rechnung an unsere im Folgenden angegebene Adresse.

Im Voraus vielen Dank für Ihre Unterstützung in dieser Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüssen

Boss Insurance Services SA

i. A. 

Cédric Boss

Bevollmächtigung zur Erteilung von Auskünften

Mit der Geltendmachung seines Leistungsanspruchs und der Unterzeichnung dieses Formulars bevollmächtigt der Versicherte oder sein(e) Vertreter(in) den behandelnden Arzt, der Versicherungsgesellschaft Chubb Versicherungen (Schweiz) AG oder deren medizinischen Dienst oder Vertreter alle für die Prüfung des Leistungsanspruchs erforderlichen Informationen und Unterlagen zu übermitteln.

Diese Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden. Mit seiner/ihrer Unterschrift erteilt der/die Unterzeichnete die Vollmacht uneingeschränkt für die gesamte Dauer der Anspruchsprüfung.

Vor- und Nachname:

Schadennr. (bitte frei lassen):

Policennr.:

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Erklärung im Krankheitsfall / im Falle eines Unfalls

Anzeigefrist 20 Tage

Bitte in Grossbuchstaben oder maschinell ausfüllen

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Strasse:
Wohnsitz:
Policennr.:
Schadennr.:
(vom Versicherer auszufüllen)

Die unterzeichnende versicherte Person beansprucht die Zahlung von Taggeld (die Leistungen werden gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gezahlt, sofern diese Erklärung vom behandelnden Arzt unterzeichnet ist).

- | | |
|--|---|
| 1) Grund: | 1) Krankheit/Unfall/Krankenhausaufenthalt/Heim- oder Kuraufenthalt |
| 2) Anfangsdatum: | 2) |
| 3) Datum der Erstkonsultation
des behandelnden Arztes | 3) |
| 4) Genaue Diagnose: | 4)
.....
..... |
| 5) Handelt es sich um einen Rückfall? | 5) Nein / Ja / aus dem Jahr: |
| 6) Voraussichtliche Dauer der Erwerbsunfähigkeit:
.....
.....
..... | 6) 100 % ab dem bis zum

% ab dem bis zum

% ab dem bis zum |
| 7) Behandelnder Arzt:
..... | 7) Nachname: Vorname:

Adresse:
Tel. |
| 8) Beziehen Sie bereits andere Versicherungsleistungen?

Wenn ja, von wem? | 8) Nein / Ja

Betrag: Seit: Dauer der Leistungen |
| a) | |
| b) | |
| 9) Bankverbindung für die Auszahlung der Leistungen: | 9) a – Postkonto-Nr. IBAN-Nr.:

b – Bankkonto-Nr. IBAN-Nr.:
Name der Bank:
Ort: |

WICHTIGER HINWEIS: Die Akte kann nur bearbeitet werden, wenn die ärztlichen Bescheinigungen, ein ausführlicher Bericht des behandelnden Arztes und die von der versicherten Person unterschriebene Vollmacht vorliegen.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Bestätigung (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Ich, der unterzeichnende behandelnde Arzt, bestätige die Richtigkeit der vorliegenden Erklärung (Punkte 1 - 7)
Ist eine Krankenhauseinweisung, ein Aufenthalt in einem Heim oder eine Kur erforderlich? Ja / Nein

Allfällige Anmerkungen:

Datum:

Unterschrift des behandelnden Arztes: