

Antragsnummer :

Eingangsdatum :

A ALLGEMEINE INFORMATIONEN

1 * Der patient

a Name :
b Vorname :
c Geburtsdatum : __ / __ / __
d Versicherungsbestätigungsnummer : _ _ _ _ _

2 * Korrespondenzinformationen (Bitte geben Sie die Landes- und Orstvorwahl an)

a Postanschrift
PLZ/Ort : Land :
b Kontaktnummer Tel. 1 : Tel. 2 : Fax :
c E-mail :

3 * Ihr Behandelnder Arzt (kann ein anderer Arzt sein als derjenige, der für dieses Leiden konsultiert wurde)

Name und Vorname :
Adresse :
PLZ/Ort : Land : Tel. :

4 * Betrifft dieser Antrag eine Nachbehandlung eines Leidens, das Golden Care bereits angegeben wurde ?

Ja Nein

Wenn Ja, geben Sie bitte die Antragsnummer an:

5 * Haben Sie eine andere Versicherungspolice, die die mezinischen Kosten dieses Antrags Abdeckt ?

Ja Nein

Wenn Ja, fügen Sie das Original der detaillierten Aufstellung der bereits erfolgten Zahlungen und Kopien der Verschreibungen, Rechnungen und anderer relevanter Unterlagen bei.

B MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

1 * Bei Unfall

a Unfalldatum: __ / __ / __ b Unfalland :
c Art der Verletzungen :
d Unfallumstände (exakte Ursache und Ort) :
e Wenn ein dritter beteiligt ist, bitte angeben: Name und Vorname :
Adresse :
PLZ/Ort : Land : Tel. :

2 * Bei Krankheit

a Datum, an dem die ersten Syptome auftraten : __ / __ / __
b Art der Erkrankung :
c Wurden Sie bereits wegen dieser Krankheit oder mit ihr verbundenen Krankheiten vor dem Abschluss Ihres Versicherungsplans behandelt (einschliesslich verschriebener Medikamente) ?
 Ja Nein Wenn Ja, bitte angeben:
Behandlungsdatum : __ / __ / __ Erfolgte Behandlung :
Arzt, der Sie damals behandelt hat : Name und Vorname :
Adresse :
PLZ/Ort : Land : Tel. :

3 * Bei Zahnbehandlung (Wenn diese Option gewählt haben)

a Betrifft diese Behandlung : eine Routinezahnbehandlung ? eine Zahnprothese ?
b Wurden Sie jemals im Zusammenhang mit diesem Ereignis bahandelt? Ja Nein
Wenn Ja, bitte angeben: Behandlungsdatum : __ / __ / __
Erfolgte Behandlung :

4 * Bei Mutterschaft (Wenn diese Option gewählt haben)

a Datum des Letzten Menstruation : __ / __ / __
b Voraussichtlicher Geburtstermin : __ / __ / __

C IHR ANTRAG

▶ 1 * Rückerstattung

a Welche medizinischen Kosten sind entstanden?

Détails der medizinischen Kosten	Bezahlter Gesamtbetrag	Währung der Zahlung
Konsultationskosten		
Rezeptpflichtige Arzneimittel		
Medizinische Untersuchungstests		
Spitalkosten		
Vom Plan gedeckte zusätzliche Kosten		
Gesamtbetrag der beanspruchten medizinischen Kosten		

b Rückzahlung mit : banküberweisung Scheck (Gebühren : 5 CHF - 3,25 EUR - 4,30 USD nach der gewünschten Rückzahlungsdevisen)

c Name und Vorname des Begünstigten der Rückerstattung :

d Wenn die Adresse, an die der Scheck gesendet werden soll, eine andere als die Postanschrift ist, (Abschnitt A) bitte angeben :

Adresse :

PLZ/Ort : Land :

e An welche Bank soll die Zahlung überwiesen werden? Name der Bank :

Adresse :

PLZ/Ort : Land :

Kontonummer : _ _ _ _ _ Bankleitzahl / clearing :

Eban : _ _ _ _ _

Bitte fügen Sie dem Original dieses Meldefomulars Folgendes bei:

Das/die Formular€ Medizinischen Angaben, ausgefüllt vom behandelnden Arzt/von den behandelnden Ärzten

Die originale aller Verschreibungen, Rechnungen und anderen relevanten Unterlagen

▶ 2 * Kostenübernahme (Die Kostenübernahme kann bei einer Hospitalisierung oder Entbindung ausschliesslich an ein Spital oder reine Entbindungsstation erfolgen)

a Arzt, der die Hospitalisierung oder die Einweisung in eine Entbindungsstation angeordnet hat : Name und Vorname :

Adresse :

PLZ/Ort :

Land : tel : fax :

b Spital oder Entbindungsstation, in das oder die Sie eingewiesen werden sollen : Name :

Adresse :

PLZ/Ort : Land :

Kontakt : Tel. 1 : Tel. 2 : Fax :

c Aufnahmezeitpunkt : __ / __ / __ d Geplante Aufenthaltsdauer :

e Geschätzter Gesamtbetrag des Hospitalisierungskosten und Konsultationskosten :

Bitte fügen Sie dem Original dieses Meldefomulars Folgendes bei:

Das Formular Medizinische Angaben, ausgefüllt vom Arzt, der die Hospitalisierung oder die Einweisung in eine

Entbindungsstation angeordnet hat,

Die Originale aller anderen relevanten Unterlagen

▶ 3 * Vorgängige Bewilligung

(Die Vorgängige Bewilligung ist für die Rückerstattung) bestimmter Krankheitszustände und/oder Dienstleistungen, wie Sie in des Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihres Vertrages ausgeführt sind, obligatorisch)

a Betrifft welche Behandlung ? :

b Arzt, der die erforderliche Behandlung angeordnet hat : Tel/Fax :

Bitte fügen Sie dem Original dieses Meldefomulars Folgendes bei:

Das Formular Medizinische Angaben, ausgefüllt vom Arzt, der die erforderliche Behandlung angeordnet hat,

Die originale aller Verschreibungen und anderen relevanten Unterlagen.

Erklärung: Ich erteile hiermit die Genehmigung, dass medizinische Informationen, die für die Bearbeitung meines Antrags erforderlich sind, übermittelt werden. Ich erkläre, dass die obigen Angaben vollständig und nach meinem besten Wissen zutreffend sind.

Unterschrift des Versicherten oder des Rechtsvertreters

Datum : __ / __ / ____

Senden Sie Ihren Antrag an : Golden Care Service