

.....
.....
.....

Assura
Postfach 4
1052 Le Mont-sur-Lausanne

Meldung eines Spitalaufenthaltes

Versicherungsnehmer

Name

Vorname

Policennummer

Kontakt

Ich bevorzuge die Kontaktaufnahme per E-Mail Telefon

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Informationen zum Spitalaufenthalt

Art des Leidens

Infolge Unfall Krankheit Niederkunft

Datum der ersten Symptome | | | | | | | |

Name der Einrichtung

Wahl der Abteilung Allgemeir Halbprivat Privat

Vorgesehenes Eintrittsdatum | | | | | | | |

Name des behandelnden Arztes

Vorgesehene Aufenthaltsdauer | | | Tage

Zusätzliche Informationen

.....

.....

.....

Um eine optimale Bearbeitungszeit sicherzustellen, senden Sie uns dieses Dokument bitte ausgefüllt an die folgende E-Mail-Adresse: spitalleistungen@assura.ch

Der unterzeichnende Versicherungsnehmer oder sein gesetzlicher Vertreter erklärt, diesen Fragebogen korrekt und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Er/sie ermächtigt die Assura-Basis AG und die Assura AG, von den anderen Versicherungen, Ärzten, Polizei- und Justizbehörden sämtliche für die Feststellung des Versicherungsfalls notwendigen Auskünfte zu erhalten.

Datum und Ort

Unterschrift