



Versicherungen

1. Bitte drucken Sie das anliegende Formular aus und schicken es befüllt und unterschrieben mit den angeforderten Belegen zurück an:

**ACM Versicherungen
Schutz Leistungsservice
Postfach 17 11
77607 Offenburg**

Zur Leistungsprüfung reichen Sie uns bitte folgende Unterlagen in Kopie ein:

Wenn die stationäre Behandlung im Krankenhaus noch andauert:

- die Befunde oder Arztbriefe welche die Diagnose, Angaben zur Behandlung sowie Angaben über den weiteren Verlauf beinhalten
- den Nachweis über die Dauer des Krankenhausaufenthalts (z.B: Entlassbrief)

Wenn die stationäre Behandlung im Krankenhaus beendet ist:

- den Krankenhausentlassungsbericht
- den Nachweis
- über die Dauer des Krankenhausaufenthalts (z.B: Entlassbrief)

2. Nach erfolgter Prüfung werden wir Sie informieren.



Versicherungen

FRAGEBOGEN KRANKENHAUSTAGEGELD

Name des Versicherungsnehmers: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Kontakt E-Mail oder Tel.: _____

Produktname: _____

Versicherungsscheinnummer: _____

1. Durch welche Gesundheitsstörung wurde der Krankenhausaufenthalt verursacht?

(möglichst genaue Diagnose und/oder ICD code)

2. Dauer des Krankenhausaufenthalts

Beginn Ihres Krankenhausaufenthalts: ____ . ____ .20 ____

Ende Ihres Krankenhausaufenthalts: ____ . ____ .20 ____

oder voraussichtliches Datum der Entlassung: ____ . ____ .20 ____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen getätigt habe.

Ich habe die Angaben auf Richtigkeit geprüft, sofern mir bei der Beantwortung der Fragen eine andere Person geholfen hat.

(Ort, Datum)

Unterschrift der versicherten oder
bevollmächtigten Person