



AIG Europe Limited, London  
Kundendienst Feldmeilen  
Postfach 306  
8706 Meilen

T +41 (0)43 333 3777  
F +41 (0)43 333 3790  
www.aigdirect.ch

Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Police: \_\_\_\_\_

**Hospital Cash / Ärztliche Auskunft**

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**A.** Dieser Abschnitt ist vom **Versicherungsnehmer** leserlich und in Blockschrift auszufüllen:

**Kontoverbindung der/des Versicherten:**

1. Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_  
2. Bank-Clearing Nummer: \_\_\_\_\_  
3. Kontonummer/IBAN: \_\_\_\_\_

**Einwilligung von Anspruchsstellern**

Durch die Zurverfügungstellung Ihrer Persönlichen Daten an AIG in Zusammenhang mit Ihrem Anspruch und Ihre Unterzeichnung des Formulars, willigen Sie ein in die Sammlung und Bearbeitung Ihrer Daten (einschliesslich Verwendung und Offenlegung), was auch sensitive Persönliche Daten miteinschliesst, so wie in der Datenschutzerklärung als Anhang zu diesem Anspruchsformular beschrieben, welche auch online erhältlich ist unter [www.aig.ch/ch-datenschutzrichtlinie](http://www.aig.ch/ch-datenschutzrichtlinie). Insbesondere willigen Sie ein in den Transfer Ihrer Persönlichen Daten ins Ausland. In dem Umfang, in welchem Sie AIG Persönliche Daten von anderen Personen zur Verfügung stellen (oder zur Verfügung stellen werden), bestätigen Sie, durch Ihre Unterschrift, dass Sie diese Personen über den Inhalt dieser Datenschutzerklärung informiert haben und dass Sie berechtigt sind, die Persönlichen Daten dieser Personen gegenüber AIG offenzulegen, so wie in der Datenschutzerklärung beschrieben.

**VOLLMACHT:**

Für die Abwicklung des Schadenfalls, entbindet der Versicherte hiermit alle Ärzte, amtlichen Stellen sowie andere Versicherer von der Schweige- und Geheimhaltungspflicht gegenüber der AIG Europe Limited, London und deren externen Dienstleister.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**B.** Der folgende Abschnitt ist vom behandelnden **Arzt resp. vom Spital** leserlich und in Blockschrift auszufüllen. Ein **Stempel** sowie eine **Unterschrift** sind **zwingend** anzubringen.

**Bitte kreuzen Sie den Grund des stationären Aufenthaltes an:**

- Krankheit  Rehabilitationsaufenthalt  
 Unfall  Sonstiges: \_\_\_\_\_

1. Dauer des stationären Spitalaufenthalts: Eintritt: \_\_\_\_\_ Austritt: \_\_\_\_\_  
Aufenthalt unter 24h (Uhrzeitangabe) Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_  
Intensivstation: Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

2. Behandelnder Arzt:

3. a) Genaue Diagnose + Anamnese:

---

---

---

---

b) Therapie:

---

---

4. a) Bei Unfall: Datum und Unfallort:

b) Unfallhergang:

---

---

---

5. a) Wann wurde das Leiden, welches den Spitalaufenthalt erfordert, das erste Mal festgestellt?

b) Durch welchen Arzt? Name und Anschrift:

---

---

**Wichtig:**

**Ab 10 Tagen Spitalaufenthalt ist zwingend der Ein- und Austrittsbericht beizulegen.**

**Zusatzfragen:**

Ist ein Unfall:

a) infolge Alkoholkonsum entstanden?

Ja

Nein

Wenn Ja, wie viel Promille:

---

b) infolge Drogenkonsum entstanden?

Ja

Nein

Wenn Ja, welche Drogen?

---

c) beim Ausüben einer Sportart entstanden?

Ja

Nein

Wenn Ja, welche Sportart?

---

d) beim Ausüben des Militärdienstes entstanden?

Ja

Nein

Ort und Datum:

Arzt-Stempel und Unterschrift

Einsenden an:

AIG Kundendienst  
Postfach 306  
8706 Meilen