● Krankenversicherung a. G.
Westring 73, 46242 Bottrop
Tel.: 02041/1822 0 Fax:02041/1822 20
krankenversicherung@sonoag.de

Antrag auf Krankenhaustagegeld

Angaben des Antragstellers

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Anschrift _____

Telefon _____

IBAN _____ BIC _____

Kontoinhaber: _____

Hiermit beantrage ich für die Zeit vom _____ bis zum _____ Krankenhaustagegeld.

Ich versichere wahrheitsgemäße Angaben gemacht zu haben.
Mit den auf der Rückseite genannten Erklärungen bin ich einverstanden.

_____
Unterschrift des Antragstellers

Ärztliche Bescheinigung

Herr/Frau _____, geboren am _____

befand sich in der Zeit vom _____ bis zum _____

im _____-Krankenhaus in _____

Die Behandlung erfolgte
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ **voll**stationär

☐ **vor- oder nach**stationär

☐ **teil**stationär an folgenden Tagen:
(Angaben sind zwingend erforderlich)

Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.

bitte ankreuzen

für _____ Stunden / täglich

Klinische Krankheitsbezeichnung: _____

_____

_____

_____ _____ **Stempel**
Datum Unterschrift

von der SONO auszufüllen

stationär	
Tage	
€	
€	

teil-stationär	
Tage	
€	
€	

AHB	
Tage	
€	
€	

gesamt _____ €

_____ _____ _____
Datum Sachbearbeiter geprüft

Erklärungen der Antragstellerin / des Antragstellers zum Leistungsantrag auf Krankenhaustagegeld

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer - soweit hierzu Anlass besteht - Angaben über meinen Gesundheitszustand bei anderen Krankenversicherern über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken einer von mir beantragten Versicherungsleistung überprüft.
Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von Ihrer Schweigepflicht - und zwar auch über meinen Tod hinaus - und ermächtige Sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruchs die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten an seine Vermittler weitergibt, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.
Gesundheitsdaten dürfen nur an Personenversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Anwendbares Recht

Es gilt deutsches Recht.

Beschwerden

Beschwerden können an die SONO sowie an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorferstr. 108, 53117 Bonn

gerichtet werden.