

Antrag auf Leistungen (Spitaltaggeld, Pflegefall etc.) Private Vorsorge

Versicherungsnehmer / versicherte Person

Vorname	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Versicherungsprodukt	<input type="checkbox"/> Spitaltaggeld
Strasse/Nr.	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung
PLZ/Ort	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Pflegefallversicherung
Land	<input type="text"/>	Ursache	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
Geburtsdatum	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Mutterschaft
Handy-Nr.	<input type="text"/>		

Leistungsbegründung

Genauere Beschreibung

Name, Adresse des Arztes/Spitals, welcher/welches dazu Auskunft geben kann

Name, Adresse des Hausarztes

Hinweis zum Datenschutz

Informationen zur Bearbeitung von Personendaten durch Pax finden sich in der Datenschutzerklärung unter www.pax.ch/datenschutz.

Sie verpflichten sich die betroffenen Personen über die Bekanntgabe ihrer Personendaten an Pax innert der gesetzlichen Frist zu informieren und ihnen die Datenschutzbestimmungen von Pax zur Kenntnis zu bringen.

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
Vorname/Name in Blockschrift	<input type="text"/>		

