



Aktenzeichen:

Bescheinigung des privaten Krankenversicherungsunternehmens			
A. Angaben zur Person			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum		
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer		
B. Bescheinigung über einen privaten Versicherungsvertrag			
Wir bescheinigen, dass ein Versicherungsvertrag gegen die durch Krankheit entstehenden Vermögensschäden (z. B. ambulante Krankenbehandlung, stationäre Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Heilmittel, zahnärztliche Behandlung) für obengenannte Person besteht.			
1. Beginn der Versicherung	_____	ggf. Ende	_____
	Tag, Monat, Jahr		Tag, Monat, Jahr
2. Höhe der Prämie/Beitrag (ohne Anspruch auf Krankentagegeld und ohne PV-Beitrag)	_____	bis	_____ €
	Tag, Monat, Jahr		monatlicher Gesamtbetrag
	_____	bis	_____ €
	Tag, Monat, Jahr		monatlicher Gesamtbetrag
	_____	bis	_____ €
	Tag, Monat, Jahr		monatlicher Gesamtbetrag
	_____	bis	_____ €
	Tag, Monat, Jahr		monatlicher Gesamtbetrag
Beitrags- und leistungsfreies Ruhen der Versicherung	_____	bis	_____
	Tag, Monat, Jahr		Tag, Monat, Jahr
Beitragsschuldner ist	<input type="checkbox"/> oben genannter Versicherter		
	<input type="checkbox"/> _____		
	Name, Vorname		
Höhe der Prämie oder des Beitrags ohne Anspruch auf Krankentagegeld für Familienangehörige für			
<input type="checkbox"/> den Ehegatten	_____	bis	_____ €
	Name, Vorname		Tag, Monat, Jahr
	_____	bis	_____ €
	Tag, Monat, Jahr		monatlicher Beitrag
<input type="checkbox"/> das Kind	_____	bis	_____ €
	Name, Vorname		Tag, Monat, Jahr
	_____	bis	_____ €
	Tag, Monat, Jahr		monatlicher Beitrag
<input type="checkbox"/> das Kind	_____	bis	_____ €
	Name, Vorname		Tag, Monat, Jahr
	_____	bis	_____ €
	Tag, Monat, Jahr		monatlicher Beitrag



Aktenzeichen:

C. Unterschrift

Es wird ausdrücklich bestätigt, dass

- unser Krankenversicherungsunternehmen der deutschen Aufsicht oder der Aufsicht eines anderen Mitgliedstaates der EU unterliegt.
- auf unsere Leistungen ein Rechtsanspruch besteht, der nicht von der Bedürftigkeit des Versicherungsnehmers abhängt.
- die Versicherung nicht gekündigt ist.

Für Rückfragen sind wir erreichbar unter der Telefonnummer:

Bitte Durchwahl angeben.

_____ Datum

_____ Stempel/Unterschrift