

Absicherung der Zahnarztkosten Bescheinigung



Gemeinsam für Ihre Gesundheit.

Zwecks Aufhebung der Wartezeit für die Absicherung der Zahnarztkosten der Krankenkasse.

Betrifft: NNr.:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum:

Ich Unterzeichnete(r) (Name, Vorname) _____

handelnd in meiner Eigenschaft (Funktion) als _____

der Versicherungsgesellschaft _____

versichere hiermit, dass Obengenannte(r) bei unserer Versicherungsgesellschaft eine Krankenhausversicherung

besaß vom bis zum

Die fälligen Prämien wurden bis zum Versicherungsende entrichtet: JA NEIN

Höchstsatz der jährlichen Kostenerstattung: _____ Euro

Art der Versicherung, die der Versicherte besaß:

Zahnprothese Vorbeugung Kieferorthopädie Heilbehandlung Parodontologie

Mitversichert sind ebenfalls folgende Personen:

1. (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____

2. (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____

3. (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____

4. (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____

Ausgestellt zu _____, den ____ - ____ - ____

STEMPEL der Versicherungsgesellschaft

Unterschrift:.....

Diese Bescheinigung wird ausschließlich für die Verwaltung der Versicherungsakte unseres/unserer Versicherten verwendet, der/die eine Krankenhausversicherung bei unserer Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura abgeschlossen hat.