

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ABSICHERUNGEN DURCH EINE KRANKENHAUSVERSICHERUNG



Gemeinsam für Ihre Gesundheit.

Diese Bescheinigung wird ausgestellt für einen Antrag auf

Ausnahmeregelung

Aufhebung der Wartezeit

FÜR: Nationalregisternummer:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum:

Ich Unterzeichnete(r), (Name, Vorname) _____

bestätige in meiner Eigenschaft als (Funktion) _____

des Versicherungsunternehmens _____

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

besaß vom bis zum

Die fälligen Prämien wurden bis zum Versicherungsende entrichtet: JA NEIN

Es handelt sich um eine Versicherung, die:

- Realkosten übernimmt,
- eine Tagespauschale gewährt,
- vor- und nachstationäre ambulante Leistungen übernimmt,
- Einzelzimmerkosten übernimmt,
- übertarifliche Honorarkosten bis zu Prozent des gesetzlichen Tarifs (LIKIV) übernimmt,
- Zweibettzimmerkosten übernimmt.
- Zusatzkosten bei schweren und/oder kostspieligen Erkrankungen übernimmt.

Den Versicherungsschutz genießen ebenfalls:

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.