Bescheinigung über Krankenhausaufenthalt

KLF-117 06.26

Versicherungsnummer

uniVersa
Krankenversicherung a.G.
Leistungsservice
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Name

Vorname

Wer befand sich im Krankenhaus?

Name Vorname Geburtsdatum (T T M M J J)

befand sich vom (T T M M J J) bis (T T M M J J)

☐ Entbindung

☐ Entziehungsmaßnahmen

wegen
vollständige Krankheitsbezeichnung / ICD

☐ in vollstationärer Krankenhausbehandlung ☐ in stationärer Kur- / Reha- / Sanatoriumsbehandlung / Anschlussheilbehandlung

Fanden Beurlaubungen, Unterbrechungen oder Belastungserprobungen statt? Wenn ja, geben Sie bitte Tage/Zeiträume an.

Tarife KSKT/ uni-KSKT

Bei stationärer Behandlung eines versicherten Kindes bis zum 15. Lebensjahr: **Wurde eine Begleitperson (Eltern oder Großeltern) aufgenommen?**

☐ ja ☐ nein Begleitdauer von (T T M M J J) bis (T T M M J J)

Ort Datum Klinikstempel

Das versicherte Tagegeld überweisen wir auf das uns bekannte Konto.

Bitte nur ausfüllen, wenn die Überweisung auf ein anderes Konto erfolgen soll!

Name Vorname

D E
IBAN

Kreditinstitut (Name des Zahlungsdienstleisters)

Ort Datum ✗ **Unterschrift des Versicherungsnehmers**

☐ **Bitte senden Sie mir neue Vordrucke „Bescheinigung über Krankenhausaufenthalt“**

uniVersa Krankenversicherung a.G.
Sulzbacher Straße 1-7
90489 Nürnberg
Postanschrift: 90333 Nürnberg

Telefon: +49 911 5307-0
www.universa.de
info@universa.de

Sitz der Gesellschaft: Nürnberg
Registergericht Nürnberg, HRB 540
Aufsichtsrat: Karl-Bernd Telger (Vors.)
Vorstand: Frank Sievert (Sprecher),
Jutta Holzmann, Stefan Krause,
Dr. Marco Wimmer

Steuer-Nr. 241/101/00155
Commerzbank AG Nürnberg
IBAN: DE44 7608 0040 0201 6965 00
BIC: DRESDEFF760