

Verzicht auf Wahlleistungen - Bestätigung des Krankenhauses

(Bitte bei Entlassung vom Klinikarzt oder von der Patientenverwaltung ausfüllen lassen)

KLF-021 06.26

Versicherungsnummer

Bitte zurücksenden an:

uniVersa
Krankenversicherung a.G.
Leistungsservice
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Name

Vorname

Patientendaten

Name Vorname Geburtsdatum

befand sich wegen vollständige Krankheitsbezeichnung / ICD

in akuter Krankenhausbehandlung in Kur- / Reha- / Sanatoriums- / Anschlussheilbehandlung

Fanden Beurlaubungen, Unterbrechungen oder Belastungserprobungen statt?

Nein Ja, an folgenden Tagen

Wurden Entziehungsmaßnahmen durchgeführt? Ja Nein

Bitte teilen Sie uns mit, in welchem Zeitraum der/die Patient/in auf den jeweiligen Stationen behandelt wurde. (Falls mehr stationäre Verlegungen, bitte Rückseite verwenden.)		War die Unterbringung im 1-Bettzimmer gegen Aufpreis möglich?		War die Unterbringung im 2-Bettzimmer gegen Aufpreis möglich?		Wurde bessere Unterbringung in Anspruch genommen?		Wurde wahlärztliche Leistung in Anspruch genommen?	
Station	Zeitraum	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

Ort Datum Klinikstempel

Vom Mitglied auszufüllen

Ich wünsche die Überweisung des Tagegeldes auf das Konto, von dem die Beiträge abgebucht werden folgendes Konto

IBAN

D E

Name des Geldinstituts

Konto-Inhaber/-in

Name, Anschrift und Unterschrift des Versicherungsnehmers (die Unterschrift gilt bei Überweisungswunsch an eine andere Person als Einverständniserklärung)