



Bescheinigung über Krankenhausaufenthalt

KLF-117 01.26

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An die
uniVersa
Krankenversicherung a.G.
KV-Leistung
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Name _____

Vorname _____

Wer befand sich im Krankenhaus?

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ T T M M J J

befand sich vom _____ bis _____
T T M M J J T T M M J Jwegen _____
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 _____ bis _____
T T M M J J 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 Krankenaufenthalt“

Seite 1 von 1