

Formular: Gesundheitsvorsorge

Meine Krankenversicherung

Ich bin wie folgt versichert:

privat gesetzlich

gesetzlich mit privater Zusatzversicherung

Krankenkasse/-
versicherung

(Name und Anschrift):

Ansprechpartner, Tel.-Nr.:

Versicherungsnummer:

Höhe der monatlichen Zahlungsraten: _____

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Zahlung per: Dauerauftrag Lastschrift Überweisung (..)
 Bareinzahlung befreit

Die Versicherungsunterlagen
befinden sich:

Liegt eine Befreiung von der Zuzahlung von

Medikamenten vor?

Ja Nein
Falls ja, wo ist die Bestätigung zu finden?

Liegt eine Befreiung von der Praxisgebühr vor?

Ja Nein
Falls ja, wo ist die Bestätigung zu finden?

Ich bin beihilfeberechtigt (z. B. als Beamter, Soldat):

Ja Nein

Falls ja, Name und Anschrift der zuständigen Beihilfestelle:

Ansprechpartner, Telefonnummer:

Wo befinden sich die Antragsformulare?

Weitere Gesundheitsvorsorge

Vorsorge

Ich habe folgende Vorsorge getroffen:

Pflegeversicherung (..) Weitere private Zusatzversicherung ()

Private Unfallversicherung ()

Sonstige: _____

Versicherungsunternehmen
(Name und Anschrift):

Ansprechpartner, Tel.-Nr.:

Höhe der monatlichen
Zahlungsraten:

Zahlungsweise: monatlich () vierteljährlich () halbjährlich () jährlich ()

Zahlung per: Dauerauftrag () Lastschrift () Überweisung ()

Bareinzahlung () befreit ()

Die Versicherungsunterlagen
befinden sich:
