



Antrag auf Erstattung - Krankenhaustagegeld

Versicherungsschein-Nummer

Vorname, Name des Versicherungsnehmers

Anschrift

versicherte Person

Geburtsdatum

stationäre Aufnahme

vom/bis

Tage

Diagnose

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Krankenhauses