

# Bescheinigung über die Absicherung durch eine Krankenhausversicherung

Diese Bescheinigung wird ausgestellt für einen Antrag auf  Ausnahmeregelung  Aufhebung der Wartezeit

## Betrifft

### Krankenkassenaufkleber oder ausfüllen

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nationalregisternummer: \_\_\_\_\_

Straße und Nr: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Tel. oder Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich Unterzeichnete(r), (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

bestätige in meiner Eigenschaft als (Funktion) \_\_\_\_\_

des Versicherungsunternehmens \_\_\_\_\_

versichere hiermit, dass Obengenannte(r) bei unserer Versicherungsgesellschaft durch eine Krankenhausversicherung abgesichert war vom \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Bezeichnung des Versicherungsschutzes \_\_\_\_\_

Datum Beginn des Vertrags \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Datum Ende des Vertrags \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Datum Ende der Wartezeit \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Die fälligen Prämien wurden bis zum Versicherungsende entrichtet  ja  nein

Die Prämien werden vom Arbeitgeber gedeckt  ja  nein

Es handelt sich um eine Versicherung, die:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Realkosten übernimmt        | <input type="checkbox"/> vor- und nachstationäre ambulante Leistungen übernimmt                                      |
| <input type="checkbox"/> eine Tagespauschale gewährt | <input type="checkbox"/> Einzelzimmerkosten übernimmt  |
|  | <input type="checkbox"/> übertarifliche Honorarkosten bis zu _____ Prozent des gesetzlichen Tarifs (LIKIV) übernimmt |
|  | <input type="checkbox"/> Zweibettzimmerkosten übernimmt  |
|  | <input type="checkbox"/> Zusatzkosten bei schweren und/oder kostspieligen Erkrankungen übernimmt                     |

Den Versicherungsschutz genießen ebenfalls:

1. (Name, Vorname, Geburtsdatum): \_\_\_\_\_

2. (Name, Vorname, Geburtsdatum): \_\_\_\_\_

3. (Name, Vorname, Geburtsdatum): \_\_\_\_\_

4. (Name, Vorname, Geburtsdatum): \_\_\_\_\_

Ausgestellt zu \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_ Stempel der Versicherungsgesellschaft

Diese Bescheinigung wird ausschließlich für die Verwaltung der Versicherungsakte unseres/unserer Versicherten verwendet, der/die eine Krankenhausversicherung bei unserer Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura abgeschlossen hat. Verantwortlicher Herausgeber: Alexandre Verhamme, Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Brüssel. April 2023

## WEITERE AUSKÜNFTE?

Rufen Sie uns an unter 087 32 43 33 oder kontaktieren Sie Ihren Kundenberater über [ckk-mc.be/kontakt](https://ckk-mc.be/kontakt)

