

Beihilfenummer

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

Zentrale Scanstelle
Beihilfe
32746 Detmold

Versicherungsbescheinigung PKV / PPV

Es wird bestätigt, dass für nachfolgend genannte Person(en) bei unserem Versicherungsunternehmen wie folgt Versicherungsschutz besteht:

Name der versicherten Person	Geburtsdatum	Beginn	Versicherungsschutz / Erstattungssatz in %			
			ambulant	stationär	Zahnbeh. Zahners.	Pflege (SGB XI)
1						
2						
3						
4						
5						

Daneben bestehen folgende Tagegeldversicherungen:

zu Person	Tagegeld Krankenhaus		Tagegeld Pflege	
	Beginn	Betrag (in EUR)	Beginn	Betrag (in EUR)
1				
2				
3				
4				
5				

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel der Krankenversicherung