

An betroffene Versicherungen

Versicherte Person:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

.....

.....

.....

BESTÄTIGUNG KRANKENVERSICHERUNG

Wir, die unterzeichnete Krankenversicherung, bestätigt hiermit

keine Kostenübernahme

eine Kostenübernahme von total CHF

der beigefügten Rechnung(en)

im Betrage von total CHF

Ort/Datum :

Unterschrift/Stempel :