

HEIL- UND KOSTENPLAN BEI ZUSATZVERSICHERUNG EINREICHEN

Versicherungsnehmer : _____

Versicherungsnummer : _____

Behandelnder Zahnarzt / Arzt:

Name, Vorname : _____

Praxisanschrift : _____

Telefonnummer : _____

Versicherte Person:

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Diagnose und Behandlungsgrund:

Bitte genaue Diagnose angeben. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und beantrage die Kostenübernahme der beantragten Leistungen im Rahmen der Zusatzversicherung.

Behandlungsplan:

Geplante Behandlungsschritte mit Beschreibung der Leistungen, Materialien und voraussichtlichen Kosten. Bitte genaue Positionsnummern und Beschreibungen gemäß Gebührenordnung angeben.

Kostenübersicht:

Leistungsnummer	Bezeichnung	Menge	Einzelpreis (EUR)	Gesamtpreis (EUR)
Summe (netto):				
zzgl. MwSt.:				
Gesamtbetrag:				

Erklärung:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die aufgeführten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.

Datum:

Unterschrift Versicherter:

Datum:

Unterschrift Behandelnder Arzt / Zahnarzt:

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://dokumentklar.com/heil--und-kostenplan-bei-zusatzversicherung-einreichen-muster/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://dokumentklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.