

## Wechsel des Krankenversicherers

### Versicherte/Versicherter

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### Wir bitten um Bescheinigung der erbrachten Leistungen gemäss KVG

#### Franchise / Kostenbeteiligung

Gewählte Franchise: CHF \_\_\_\_\_

Bisher bezahlte Franchise: CHF \_\_\_\_\_

Bisher bezahlter Selbstbehalt: CHF \_\_\_\_\_

**Ernährungsberatung/Diabetesberatung**

Datum: \_\_\_\_\_

Anzahl Sitzungen: \_\_\_\_\_

**Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung**

Datum: \_\_\_\_\_

**Physiotherapie**

Datum: \_\_\_\_\_

Anzahl Sitzungen: \_\_\_\_\_

**Psychotherapie**

Datum: \_\_\_\_\_

Anzahl Stunden: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Versicherers

\_\_\_\_\_