

Antrag auf Krankenhaustagegeld

(bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag bitte mit einer ärztlichen Bescheinigung über die Dauer des stationären Aufenthalts sowie einer kurzen Beschreibung der Unfallursache an die Landesgeschäftsstelle senden.

Name des Mitglieds

Mitgliedsnummer (falls bekannt)

Geburtsdatum

Anschrift (optional)

IBAN

BIC

Name der Bank

Kontoinhaber

Ort, Datum

Unterschrift