

Antrag zur Befreiung von der Kostenbeteiligung für Chronischkranke

Gestützt auf Art. 23 Abs. 4 KVG und Art. 81 der Verordnung vom 14.3.2000 beantrage ich hiermit die Befreiung von der Kostenbeteiligung.

Bei Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen gewährt die Kasse die Befreiung von der Kostenbeteiligung auf den Beginn des dem Zeitpunkt des Eingangs des Antrags folgenden Kalenderjahres (Art. 81 Abs. 2 KVV).

_____ Name	_____ Vorname
_____ Strasse	_____ PLZ / Ort
_____ Geb. Datum	_____ Vers. Nr.
_____ Datum	_____ Unterschrift

Ärztliches Zeugnis

Ich bestätige, dass die Voraussetzungen zur Kostenbefreiung aufgrund der nachfolgenden Indikationen (gemäss jeweils aktuell gültigem Anhang 5 KVV) gegeben sind.

_____ Organsystem / Gruppe	_____ Diagnose
_____ Voraussetzungen	
_____ Datum	_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

BITTE LASSEN SIE DIESES FORMULAR VON IHREM ARZT VERVOLLSTÄNDIGEN UND SENDEN SIE ES DANACH AN IHRE KRANKENVERSICHERUNG!