

Antrag auf Leistungen (Spitaltaggeld, Pflegefall etc.) Private Vorsorge

Versicherungsnehmer/versicherte Person

Vorname	<input type="text"/>	Mobile-Nr.	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	Versicherungsprodukt	<input type="checkbox"/> Spitaltaggeld <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung
PLZ/Ort	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Pflegefallversicherung
Land	<input type="text"/>	Ursache	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
Geburtsdatum	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Mutterschaft

Leistungsbegründung

Genauere Beschreibung

Name, Adresse des Arztes/Spitals, welcher/welches dazu Auskunft geben kann

Name, Adresse des Hausarztes

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben gegenüber Pax.

Ort/Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
Vorname/Name in Blockschrift	<input type="text"/>		

