

Fax-Nr. 0221- 148 36270

**Ergänzende Vereinbarung zum
Antrag auf eine Krankheitskostenvollversicherung nach
Tarif EL / EL 400 / EL Bonus für schweizer Grenzgänger**

vorn: _____ Nr.: _____

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

**Abweichend von den Tarifbedingungen der Tarife EL / EL 400 / EL-Bonus Abschnitt A.
Punkt (3) „Erstattung bei stationärer Heilbehandlung“ gilt:**


**Bei stationärer Heilbehandlung in der Schweiz sind für jeden Tag
der medizinisch notwendigen Heilbehandlung 250 EURO erstattungsfähig.**

Eine Leistungspflicht darüber hinaus besteht nicht.

**Abweichend hiervon werden bei Eintritt eines Notfalles die Kosten einer stationären Heil-
behandlung getragen.**

**Ein Notfall, der die oben genannte Leistungspflicht nach sich zieht, liegt vor, wenn durch
Unfälle oder akute Erkrankungen eine unvorhersehbare nicht aufschiebbare stationäre Be-
handlung sofort erforderlich wird, weil rasches ärztliches Handeln geboten ist, um einen
lebensbedrohlichen Zustand zu verhindern oder zu beheben, eine Komplikation zu vermei-
den oder einen akuten Schmerzzustand zu beseitigen.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme dieser Abweichung, die damit auch Bestandteil
meines Krankenversicherungsvertrages ist.



Ort, Datum



Unterschrift der versicherten Person

Unterschrift der volljährigen mitversicherten Person/en