

Helsana-Gruppe

Rechnungsformular für HOSPITAL Leistungen: Kinderbetreuung (1 Rechnung für alle Kinder)

Formular für die Rückerstattung von Leistungen, sofern keine Quittung/Rechnung vorhanden ist. Bitte füllen Sie die entsprechenden Felder wahrheitsgetreu aus und senden Sie uns das Formular anschliessend via myHelsana, E-Mail oder Post zu.

Wichtig: Bitte füllen Sie 1 Formular für alle Kinder sowie für die Kinderbetreuung aus, die nicht über Medicall organisiert werden konnte.

Angaben der versicherten Person

Vorname, Name

Versicherungs-Nr.

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ Ort

Land

Angaben zur Kinderbetreuung

Name der Kinder:

(Wer wurde betreut. Die Pauschale gilt für alle Kinder.)

Alter der Kinder:

(Alter von allen Kindern)

Verhältnis der Betreuungsperson zur Familie:

Angaben der Person/Organisation, welche die Kinder betreut

Name

Strasse, Nr.

PLZ Ort

Land

ZSR-Nummer

CH-Organisation der Krankenpflege und
Hilfe zu Hause

Datum	Uhrzeit von	bis	Anzahl Std.	Ansatz	Preis CHF
Total					

Tarifziffer: K303 (KidsCare) / K307 (Nanny Service)

Angaben zum stationären Eingriff (Nanny Service)

Datum der Hospitalisation:

Name der Klinik oder des Spitals:

Behandlungsgrund/Diagnose:
(Kein Pflichtfeld)

Ihre angegebenen Daten werden in der Verantwortung von der Helsana Zusatzversicherungen AG (Postfach, 8081 Zürich) zum Zweck der Rechnungsprüfung bearbeitet.

Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt. Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf helsana.ch/datenschutz.

Die Auszahlung erfolgt durch die Krankenversicherung an die Patientin / den Patienten.Ich bestätige, das Formular gelesen und korrekt/vollständig ausgefüllt zu haben.

Ort und DatumUnterschrift versicherte Person
