



**BESTÄTIGUNG ÜBER LEISTUNGEN DER KRANKENKASSEN SOWIE PRIVATVERSICHERUNGEN
BEI DAUERNDEN HEIM- BZW. SPITALAUFENTHALT**

Name / Vorname: _____	Krankenkasse / Privatversicherung: _____
Versicherten-Nr.: _____	Mitglied-Nr.: _____

AUFTRAG und VOLLMACHT

Der Unterzeichnende beauftragt und ermächtigt alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich die eingangs erwähnten Versicherer, den vorstehenden Fragenkatalog vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten, damit die von ihm bei der Ausgleichskasse des Kantons Bern beantragten EL-Leistungen festgesetzt werden können.

Ort und Datum:

Unterschrift des Leistungsansprechers bzw.
seines Vertreters (Verwandter/Vormund/Beistand)

Durch die Krankenkasse bzw. Privatversicherung auszufüllen:

Bei Daueraufenthalt im Heim bzw. Spital gemäss Beilagen bestehen für die eingangs erwähnte Person gegenüber der Krankenkasse bzw. Privatversicherung Leistungsansprüche wie folgt:

VVG	pro Tag / Fr.	Beginn	Ende
<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund von Zusatzversicherungen nach VVG wie z.B. (sämtliche Zusatzleistungen angeben) <ul style="list-style-type: none"> a) Langzeitpflegeversicherung b) Taggeldversicherung c) Lähmungsversicherung d) . _____ e) . _____ f) . _____ 	 _____ _____ _____ _____ _____ _____	 _____ _____ _____ _____ _____ _____	 _____ _____ _____ _____ _____ _____

Datum: _____

Stempel / Unterschrift: _____

Beilagen zuhanden der Krankenkasse bzw. Privatversicherung:

- Formular Tarifausweis
- Heim- bzw. Spitalrechnung(en)