

Abrechnungsformular

Betrieb: _____

Postcheck-Nr.: 19-3199-6

[illegible]

*Legende: Franchise FR (Permis B & C) / Krankenschein-Modell KS (Permis L) gilt nur noch für Modell Medica (Franchise CHF 300.00)

Total / bitte auf die Rückseite übertragen!

CHF

Modell 1 FR CHF 300.00 / KS CHF 250.00

Modell 3 Franchise und Selbstbehalt

Modell 5 Franchise und Selbstbehalt

Modell 2 Franchise und Selbstbehalt

Modell 4 Franchise und Selbstbehalt

Modell 6 Franchise und Selbstbehalt

[illegible]