An die gesetzliche Krankenkasse:

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Mein Zeichen:	Telefon-Durchwahl:	Datum

Umstellung auf Kostenerstattungsprinzip (gesetzliche Kostenerstattung)

Mitgliedsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte stellen Sie zum **nächstmöglichen Termin** meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse auf das **Kostenerstattungsprinzip** (nicht Wahltarif) um.

Die Kostenerstattung wird nur für folgende Bereiche beantragt:

- ambulante ärztliche Versorgung
- ärztlich oder zahnärztlich veranlasste Leistungen

Eine entsprechende private Krankenzusatzversicherung zur Übernahme der durch die Umstellung entstehenden Eigenleistungen besteht bereits.

Bitte bestätigen Sie mir die Umstellung und den Umstellungstermin schriftlich.

Vielen Dank im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

……..