

- Krankenversicherung
- Pflegeversicherung
- Auslandsreise-
Krankenversicherung

**Zutreffendes bitte ankreuzen
und ggf. abweichende Versiche-
rungsnummer angeben:**

K

Erstattungsformular

Damit wir Ihre Belege schneller und kostengünstiger bearbeiten können, bitten wir um Ihre Mithilfe. Verwenden Sie dieses Formular bitte bei Ihrer nächsten Einsendung (ggf. mit Fensterbriefumschlag).

**Unvollständige Unterlagen verzögern eine reibungslose Erstattung.
Berücksichtigen Sie deshalb bitte die folgenden Informationen:**

- ▶ Senden Sie uns bitte grundsätzlich die Originalbelege (Ausnahme: Beihilfeberechtigte)
- ▶ Bei Rechnungskopien benötigen wir den Leistungsvermerk des Erstversicherers.
- ▶ Zur Leistungsauszahlung ist die Diagnose auf allen Rechnungen/Bescheinigungen erforderlich.
- ▶ Medikamente müssen ärztlich verordnet sein und aus der Apotheke bezogen werden.
- ▶ Bei Rechnungen für Heil- oder Hilfsmittel benötigen wir immer die ärztliche Verordnung.
- ▶ Sie können uns die Rechnungen unbezahlt einsenden. Eine Direktüberweisung an den Rechnungsaussteller ist nicht möglich.
- ▶ **Bitte verwenden Sie KEINE Heft- oder Büroklammern, da die Belege technisch erfasst werden.**
- ▶ **Bitte kleben Sie NICHT mehrere Dokumente (z. B. Rezepte) auf eine Seite.
Reichen Sie diese im Originalzustand ein.**

Bei Änderungen bitte angeben:

Name:

Erstattung/Kto-Nr.:

Straße:

BLZ:

PLZ/Ort:

Geldinstitut:

Tel.-Nr.:

Kontoinhaber (falls abweichend):

E-Mail:

- Die Beiträge sollen künftig von diesem Konto abgebucht werden.

Datum, Unterschrift: