

Absender:

Krankenversicherung

Pflegeversicherung

Auslandsreise-Krankenversicherung

Deutscher Ring
Krankenversicherungsverein a. G
Vers.-Nr. K

Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf.
abweichende Versicherungsnummer
angeben:

20449 Hamburg

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.**

Bei Änderungen bitte angeben:

Name:

Erstattung/Kto.-Nr.:

Straße:

BLZ:

PLZ/Ort:

Geldinstitut:

Telefon-Nr.:

Kontoinhaber (falls abweichend):

Datum, Unterschrift:

Die Beiträge sollen künftig von diesem
Konto abgebucht werden.
