

## Antrag auf Kostenerstattung

### Freiwillige Krankenversicherung

Name, Vorname, Versichertennummer des freiwilligen Mitglieds

Name, Vorname, Versichertennummer des mitversicherten Angehörigen  
**(nur erforderlich, wenn der Antrag vom Angehörigen gestellt wird).**

Die Erstattung erfolgt nach den Vorschriften der Kassensatzung. Dabei werden Abschläge unter anderem für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgenommen.

Hiermit beantrage ich

mit sofortiger Wirkung  mit Wirkung ab \_\_\_\_\_

mit Wirkung ab Beginn der Mitgliedschaft

die Durchführung von Kostenerstattung anstelle der Sach- und Dienstleistungen. Die Kostenerstattung soll für folgende Leistungen durchgeführt werden

sämtliche Leistungen oder
  ärztliche Behandlung
  Krankenhausbehandlung
  Heilmittelversorgung
  Zahnärztliche Behandlung
  Arzneimittelversorgung

IBAN

BIC

Bank/Institut

Datum

Telefonnummer

Unterschrift des Mitglieds  
oder Familienversicherten

Unterschrift des  
gesetzlichen Vertreters  
(nur erforderlich, wenn der  
Versicherte das fünfzehnte  
Lebensjahr noch nicht vollendet hat)