

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)