

Antrag auf Erstattung von Behandlungskosten im Ausland

(nach deutschen Vertragssätzen)

Rechnungen für: <input type="checkbox"/> , _____ , _____ <input type="checkbox"/> meinen Angehörigen: _____
Reiseland: _____ Beginn der Reise: __. __. __ Ende der Reise: __. __. __ Grund der Reise: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich
Krankheit / Diagnose(n): _____ Die Versicherungskarte (EHIC) / der Auslandskrankenschein wurde beim Behandler vorgelegt und anerkannt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Entstandene Kosten: Gesamtbetrag: _____ Währung: _____ Bitte fügen Sie alle Zahlungsnachweise, ärztliche Verordnungen, Arzt- und Krankenhausberichte bei. Bitte klammern oder kleben Sie die Belege nicht, das erleichtert uns die Weiterverarbeitung. Vielen Dank! für: <input type="checkbox"/> Ärztliche Behandlung: Datum der Behandlung(en): __. __. __ - __. __. __ - __. __. __ - __. __. __ Facharzttrichtung: _____ Durchgeführte Leistungen: <input type="checkbox"/> Beratung / Untersuchung <input type="checkbox"/> Wundversorgung <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung <input type="checkbox"/> Urinuntersuchung <input type="checkbox"/> Röntgen, Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> Ultraschall, Körperteil: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung von __. __. __ bis __. __. __ <input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung: Datum der Behandlung(en): __. __. __ - __. __. __ - __. __. __ - __. __. __ <input type="checkbox"/> Beratung / Untersuchung <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Füllung(en), Anzahl: ____ <input type="checkbox"/> Entfernung von Zähnen, Anzahl: ____ <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung(en), Anzahl: ____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Welche Zähne wurden behandelt: _____ <input type="checkbox"/> Arzneimittel (Bitte Verordnung beifügen) <input type="checkbox"/> Hilfsmittel (Bitte Verordnung beifügen), Art des Hilfsmittels: _____ <input type="checkbox"/> Heilmittel (Bitte Verordnung beifügen) <input type="checkbox"/> ____ X Massage <input type="checkbox"/> ____ X Krankengymnastik <input type="checkbox"/> ____ X Fango <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Rettungs- / Krankentransport von _____ nach _____

Haben Sie eine **private Auslandsreisekrankenversicherung**?

Ja beim Münchener Verein

bei der Debeka

Einwilligung zur Weiterleitung der Unterlagen an
Münchener Verein oder Debeka wird erteilt: Ja Nein

bei anderer Zusatzversicherung: _____

Nein, ich habe keine Auslandsreisekrankenversicherung.

Ich wünsche eine Erstattung nach **ausländischen Vertragssätzen**

Bitte beachten: Da in diesem Fall der ausländische Versicherungsträger angeschrieben wird, kann es zu einer **Bearbeitungszeit von bis zu 6 Monaten** kommen.

(Hinweis: Bei Rechnungen über 1000,00 € aus Abkommensstaaten (z.B. Türkei) müssen immer die ausländischen Vertragssätze ermittelt werden.)

Bankverbindung:

Name der Bank: _____

IBAN _ _ | _ _ | _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ |

BIC _ _ _ _ | _ _ | _ _ | _ _ _ | Kontoinhaber: _____

Angaben für Rückfragen: Telefon: _____ Email: _____

(freiwillig)



Datum



Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)