

Erstattungsvorblatt für die Auslandsrankenversicherung

AW-

Versicherungsnummer

fid 3001

Tarif

☒ AW24☐ AW-EH☐ AW-PLUS☐ AW24-RK☐ AW24-DR

Angaben zum Versicherungsnehmer/zur versicherten Person

Versicherungsnehmer

DRK Landesverband Westf. - Lippe

Trägerorganisation

Name des Versicherten

Klosterhoff

Vorname

Luisa

Geburtsdatum

27. 12. 1995

Adresse des Versicherten: Straße, Hausnummer

In den Treppengärten 19

PLZ

59469

Ort

Ense

Telefonnummer

0049 2938 485666

E-Mail

Luisa.kl@gmx.de

Für die Tarife AW24, AW-EH, AW-PLUS und AW24-DR

Hiermit beantrage ich die Erstattung der mir entstandenen Krankheitskosten.
Zu diesem Zweck übersende ich Ihnen anliegend im Original:

Art	Anzahl	Betrag / Währung
Arztrechnung(en)		
Arzneimittelrechnung(en)		
Krankenhausrechnung(en)		
Hilfs-/Heilmittelrechnung(en)		
Sonstige Kostenbelege		

Für den Tarif AW24-RK

Hiermit beantrage ich die Erstattung der Restkosten nach Vorleistung der gesetzlichen Versicherung.
Anbei die Abrechnung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ich wurde behandelt wegen:

Diagnose

Ich bitte um Erstattung auf folgendes Konto:

Name des Kontoinhabers

IBAN

BIC

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde hiermit Ärzte, die mich behandeln bzw. behandelt haben, Krankenanstalten, sowie Versicherungsunternehmen, Behörden und andere Stellen von der Schweigepflicht und bevollmächtige die Dr. Walter GmbH/Central Krankenversicherung AG zur Einholung aller notwendigen Auskünfte zur Prüfung ihrer Leistungspflicht.
Dies bestätige ich durch meine folgende Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift