

Erstattungsvorblatt

Zu senden an:

Dr. Walter GmbH
Eisenerzstraße 34
Leistungsabteilung
53819 Neunkirchen Seelscheid

Telefonnummer für Rückfragen +49 (0) 2247 9194 -31
Notrufnummer (24 Stunden) +49 (0) 89 55987 -634

Versicherungsnummer : **AW-3081**

Trägerorganisation : **Deutsche UNESCO-Kommission e.V.**

Name des Versicherten :

Tarif des Versicherten :

Geschlecht:

Versicherungszeit :

Reiseland:

Anschrift / Telefon :

E-Mail Adresse :

Für Tarife AW24 und AW-PLUS: Hiermit beantrage ich die Erstattung der mir entstandenen Krankheitskosten. Zu diesem Zweck übersende ich Ihnen anliegend im Original.

Für Tarif AW-RK: Hiermit beantrage ich die Erstattung der Restkosten nach Vorleistung der gesetzlichen Versicherung. Anbei die Abrechnung der gesetzlichen Krankenversicherung.

anliegend (Anzahl) :

Arztrechnung(en)
Arzneimittelrechnung(en)
Krankenhausrechnung(en)
Hilfs-/Heilmittelrechnung(en)
sonstige Kostenbelege

Währung:

Ich wurde behandelt wegen.....(Diagnose)

Ich bitte um Erstattung auf folgendes Konto

Ich bitte um Erstattung an den Behandler

Kontoinhaber

Bei Bank im Ausland:

Bei Bank in Deutschland:

IBAN

Konto Nr.

BIC / SWIFT

BLZ

Kreditinstitut

Kreditinstitut

Adresse der ausländischen Bank bei fehlenden

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.

Datum

Unterschrift