

Erstattungsvorblatt für die Auslandsrankenversicherung

AW-
 Versicherungsnummer | Tarif AW24 AW-EH AW-PLUS AW24-RK AW24-DR

Angaben zum Versicherungsnehmer/ zur versicherten Person

Versicherungsnehmer		Trägerorganisation	
Name des Versicherten		Vorname	Geburtsdatum
Adresse des Versicherten: Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Telefonnummer		E-Mail	

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