



BAHN-BKK
PostCenter
48123 Münster

Antrag auf Erstattung von Behandlungskosten im Ausland

Name Versicherte/r: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Versicherungsnummer: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Wer wurde behandelt? _____

In welchem Land fand die Behandlung statt? _____

Wurde der „Auslandskrankenschein“ abgegeben ja nein

Wenn ja, wo: _____

Besteht eine private Krankenzusatzversicherung? ja, DEVK ja, andere nein

Wenn ja, werden wir Ihnen Rechenungskopien mit Erstattungsvermerk zusenden. Bitte reichen Sie diese bei der Zusatzversicherung zur Erstattung ein.

Aufgrund welcher Erkrankung war eine Behandlung erforderlich?

Unfallfolge: ja nein

Die Behandlung erfolgte: stationär (Krankenhausaufnahme) ambulant

Bitte geben Sie möglichst genau an, welche Leistungen der Arzt an welchen Behandlungstagen erbracht hat (z.B. welche Untersuchungen stattfanden, Röntgen, Verbände, etc.), damit wir die Erstattung berechnen können.

Tagsüber erreichbar unter Telefon: _____ oder E-Mail: _____

Schicken Sie uns bitte alle Quittungen und den Antrag an die oben genannte Adresse.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der/des Versicherten)