

Erstattungsantrag für Behandlungskosten im Ausland

Vorname, Name:

Versichertennummer:

Kontaktdaten für eventuelle Rückfragen

Telefonnummer – tagsüber erreichbar

Angaben zur Bankverbindung

Meine Bankverbindung zur Überweisung des Erstattungsbetrages lautet:

IBAN:

Angaben zum Kontoinhaber, falls abweichend vom Antragsstellenden:

Vorname Nachname

Angaben zur Behandlung

Wer wurde behandelt? ☐ Ich ☐ Eine andere Person:

In welchem Land fand die Behandlung statt?

Haben Sie sich zum Zweck eines Studiums im Ausland aufgehalten? ☐ Ja ☐ Nein

In welchem Zeitraum erfolgte die Behandlung? Vom bis

Aus welchem Grund fand die Behandlung statt ☐ Notfallbehandlung ☐ Geplante Behandlung ☐ Entsendung

Art der Erstattung

- ☐ Die Erstattung soll nach deutschen Vertragssätzen erfolgen (empfohlen)
- ☐ Erstattung soll nach ausländischen Gebührensätzen erfolgen. Dies kann je nach Bearbeitungszeit des ausländischen Trägers mehrere Wochen dauern und ist in der Regel niedriger als die Erstattung nach deutschen Vertragssätzen.

Hinweis: Für Rechnungen aus Abkommensstaaten (z. B. Türkei) über 1.000 Euro werden immer die ausländischen Vertragssätze erstattet.

Aufgrund welcher Erkrankung war eine Behandlung erforderlich?

Die Behandlung wurde notwendig in Folge eines Unfalls? ☐ Ja ☐ Nein

Die Behandlung erfolgte: ☐ ambulant ☐ stationär ☐ ambulant und stationär

Handelt es sich ausschließlich um zahnärztliche Leistungen? ☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung der erbrachten Leistungen

(Bitte geben Sie möglichst genau an, welche Leistungen an welchen Behandlungstagen erbracht wurden z. B. Injektionen, Röntgen, Verbände):

Wie hoch waren ihre gesamten verauslagten Kosten?

Wurden die Rechnungen bereits bei ihrer privaten Auslandsreisekrankenversicherung eingereicht?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich habe keine

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Datum

Unterschrift

