hkk Krankenkasse
Team Ausland, 28185 Bremen, E-Mail: auslandserstattung@hkk.de

hkk KRANKENKASSE

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)

☐ Die 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 die gesamten verauslagten Kosten? _____

Wurden die Rechnungen bereits bei einer privaten Auslandsreisekrankenversicherung eingereicht?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich habe keine ☐ Ich bin bei Ihrem Kooperationspartner LVM-Versicherung versichert. Bitte leiten Sie die Rechnungskopien mit dem entsprechenden Erstattungsvermerk direkt an die LVM weiter.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

_____ _____
Datum Unterschrift