

KarstadtQuelle Versicherungen

Kostenübersicht

KarstadtQuelle Krankenversicherung AG
Leistungsabteilung
Nürnberger Straße 91-95
90758 Fürth

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ, Wohnort:
Tagsüber bin ich unter folgender Telefonnummer erreichbar:
Versicherungs-Schein-Nr.:

Wichtig: Bitte reichen Sie nur die Originalbelege zur Leistungserstattung ein. Vielen Dank!

Aufstellung Ihrer Belege:

Beleg- nummer	Rechnungsaussteller:	Rechnungs- datum:	Rechnungsbetrag:
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Gesamtsumme:			

Liegt ein Unfall vor?

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Unfalldatum: [.....]

Arbeitsunfall Schulunfall Freizeitunfall

Besteht ganz oder teilweise Fremdverschulden? ja nein

Bemerkungen/Unfallschilderung:

Erstattung auf das bekannte Abbuchungskonto

abweichendes Konto: Konto-Nr.: [.....] BLZ: [.....]

Kontoinhaber: _____

Name des Geldinstituts: _____

Verrechnungsscheck

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

