

Leistungsantrag

KLF-010 01.18

Versicherungsnummer

An die
uniVersa
Krankenversicherung a.G.
KV-Leistung
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Zuname Vorname

Ihre Belege werden elektronisch archiviert. Damit dies problemlos möglich ist bitten wir Sie, diese nicht zu klammern, zu heften oder aufzukleben.
Vielen Dank!

Belege bequem einreichen...

Mit diesem Formular sparen Sie sich ein eigenes Anschreiben und schaffen optimale Voraussetzungen für eine schnelle Auszahlung!

Aufstellung der Leistungen

Vorname:	1.	2.	3.	4.
Geb. Datum				
Kostenart	EUR	EUR	EUR	EUR
ambulant				
stationär				
Zahn				
Sonstiges				
Summe				
Gesamtsumme aller Belege:				

ERLÄUTERUNG ZU DEN KOSTENARTEN

Unter „**ambulant**“ erfassen Sie bitte Kostenbelege für

- ärztliche Behandlungen
- Heilpraktikerbehandlungen
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel (z.B. Massagen, Krankengymnastik)
- Hilfsmittel (u.a. Sehhilfen)

unter „**stationär**“
Kostenbelege des

- Krankenhauses und der Ärzte
- Transporte zum und vom Krankenhaus

unter „**Zahn**“
Kostenbelege für

- zahnärztliche Behandlungen
- Kieferorthopädie

Tagsüber bin ich telefonisch erreichbar:

Bankverbindung (bitte nur ausfüllen, wenn abweichend von dem uns bekannten Konto)

IBAN

Name des Geldinstituts

Konto-Inhaber/-in

Ort

Datum

X
 Unterschrift Versicherungsnehmer
 (diese gilt bei Überweisungswunsch an eine andere Person als Einverständniserklärung)

Leistungsantrag ≡

KLF-010 01.18

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hinweise zum Leistungsantrag

Ausfüllen des Formulars

Ihr Leistungsantrag wird maschinell gelesen. Füllen Sie ihn daher bitte deutlich lesbar (idealerweise elektronsich – alternativ in Druckbuchstaben mit Kugelschreiber) aus. Tragen Sie bitte die einzelnen Rechnungsbeträge und die Summe(n) in die Tabelle ein. Vielen Dank!

Heil- und Hilfsmittel

Reichen Sie Belege über Heil- und Hilfsmittel bitte nur zusammen mit der ärztlichen Verordnung ein.

Arzt-/Zahnarztrechnungen

Rechnungen müssen die Diagnose, den Namen der behandelten Person, den Behandlungszeitraum und eine Aufstellung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen enthalten.

Originalbelege

Reichen Sie uns bitte nur Originalbelege ein.

Rezepte

Achten Sie bitte darauf, dass auf Rezepten immer der Apothekenstempel sowie die Anschrift des erstellenden Arztes vermerkt ist. Fügen Sie diesen bitte die dazugehörige Arzt- bzw. Zahnarztrechnung bei.

Unfall

Sofern es sich um einen Dienst-, Arbeits-, Uni-, Schul-, Kindergartenunfall handelte, bestehen ggf. Ansprüche gegen den Dienstherrn, die Berufsgenossenschaft oder die gesetzliche Unfallversicherung. Bitte lassen Sie zunächst die Vorleistung des entsprechenden Kostenträgers auf der Rechnung vermerken.

Name / Anschrift / Bankverbindung

Informieren Sie uns bitte über Änderungen.

Beitragsrückerstattung

Bevor Sie den Leistungsantrag abschicken, sollten Sie prüfen, ob die Beitragsrückerstattung (BRE) für Sie günstiger ist. Auf Wunsch teilen wir Ihnen die Höhe der BRE gerne (auch telefonisch) mit. Ein eventueller Beihilfeanspruch kann unabhängig von unserer Leistung geltend gemacht werden.

Entscheidend für die Leistungsfreiheit ist, zu welchem Zeitpunkt die Behandlung stattfand sowie wann die Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel bezogen wurden. Das Ausstellungsdatum der Rechnung bzw. der Zeitpunkt der Vorlage von Kostenbelegen sind nicht maßgebend.

Sonstige Bemerkungen / Wünsche / Anregungen:

		X Unterschrift(en)
Ort	Datum	