KKH

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Sonstige Leistungen
30125 Hannover

Antrag auf Kostenerstattung für eine Behandlung im Ausland

Name

Vorname

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Wo fand die Behandlung statt?

Land

Ort

☐ Die Behandlung fand auf einem Schiff (Kreuzfahrt) statt. Es fuhr unter folgender Flagge:

Land

Aus welchem Grund fand die Behandlung statt?

☐ Es war ein Notfall.

☐ Ich habe eine Beschäftigung im Ausland.

☐ Ich war zwecks Behandlung im Ausland.

Welche Erkrankung wurde behandelt?

Waren Reisemängel oder ein Unfall der Grund für die Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Die genaue Ursache war:

Die Behandlung erfolgte vom _____ bis _____

Datum (Tag/Monat/Jahr) Datum (Tag/Monat/Jahr)

☐ in einer ärztlichen Praxis

☐ ambulant im Krankenhaus

☐ stationär im Krankenhaus

Sind im Zusammenhang mit einer stationären Krankenhausbehandlung Fahr- oder Transportkosten entstanden?

☐ Nein

☐ Ja, in Höhe von _____ €.

Wurden Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel verordnet?

☐ Ja, folgende:

Es sind Gesamtkosten von _____ € entstanden.

☐ Die Kosten sind in ausländischer Währung angefallen und wurden umgerechnet.

Sie betrugen in Landeswährung _____ .

KKH

Ich habe die folgenden Fachärzte bzw. Fachärztinnen aufgesucht:

Facharztgruppe

Facharztgruppe

Facharztgruppe

Es wurden folgende ärztliche Leistungen erbracht:

☐ Versorgen/Nähen einer großen Wunde

☐ Röntgenaufnahme(n), Anzahl:

Körperteil:

☐ fixierender Verband mit Verbrauchsmaterial (Gips, Tape o.ä.)

☐ Ruhe-EKG ☐ Belastungs-EKG

☐ sonstige ärztliche Maßnahmen:

Ich habe eine private Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen.

(z.B. bei einer Privatversicherung, durch eine Mitgliedschaft in einem Automobilclub, über eine Kreditkarte oder ein Reiseschutzpaket des Reisebüros)

☐ Ja ☐ Nein

Ich habe die Rechnungen bereits bei meiner privaten Auslandsreise-Krankenversicherung eingereicht.

☐ Ja ☐ Nein

Ich habe bereits eine (Teil-)Erstattung für die eingereichten Rechnungen erhalten.

☐ Ja, in Höhe von €.

☐ Nein

Bitte senden Sie eine Kopie der eingereichten Rechnung mit Ihrem Erstattungsvermerk direkt dorthin, wenn sich ein Differenzbetrag ergibt, der noch erstattet werden kann.

Name der Versicherung

Strasse und Hausnummer der Versicherung

Postleitzahl und Ort der Versicherung

Versicherungsnummer

Bitte überweisen sie den Erstattungsbetrag auf das folgende Konto:

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Antrag vollständig und korrekt ausgefüllt habe und lege entsprechende Belege und Rechnungen sowie ggf. Verordnungsblätter und Quittungen im Original bei.

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift