

Antrag auf Kostenerstattung bei Heilbehandlung

Bitte lesen Sie sorgfältig vor dem Ausfüllen die nachstehenden Hinweise, damit nicht durch falsche oder unvollständige Angaben die Bearbeitung Ihres Antrages unnötig verzögert wird. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Bitte drucken Sie dieses Formular zur Bearbeitung aus. Bitte beachten Sie, dass Sie den Antrag vollständig ausfüllen und deutlich schreiben (Druckschrift oder Schreibmaschine).

In beiden Fällen gilt: Die Ärztliche Diagnose muss auf jeden Fall angegeben werden, wenn sie nicht bereits aus den Belegen ersichtlich ist.

1. Kostenerstattung

Bei der Kostenerstattung ist besonders darauf zu achten, dass:

1. nur **bezahlte** Rechnungen eingereicht werden.
2. bei Arzneirechnungen außerdem die schriftliche Verordnung beigelegt wird.
3. nur Original-Rechnungen zur Kostenerstattung zugelassen sind: bei Fotokopien, Duplikat-Rechnungen, beglaubigten Abschriften usw. ist eine Kostenerstattung nur möglich, wenn andere private oder gesetzliche Krankenversicherungen vorweg in Anspruch genommen worden sind.
4. der Antrag auf Kostenerstattung sorgfältig ausgefüllt ist und spätestens drei Monate nach Beendigung der gemeldeten Versicherungsdauer gestellt wird.

2. Versicherungsleistungen

Der Kostenersatz der abgeschlossenen Ferienversicherung erstreckt sich auf:

1. ärztliche Behandlung
2. ärztlich verordnete Arzneien und Heilmittel.
3. stationäre Krankenhausbehandlung
4. zahnärztliche Behandlung
5. Kosten bei Zurückbleiben mit anschließendem Nachfahren zur Reisegruppe wegen ernster Krankheit oder Unfall,
6. Rückführungskosten eines Erkrankten, bzw. Verletzten aus dem Ausland in die Heimat,
7. Überführungskosten im Todesfall

3. Anmerkung:

Ob Sie diesen Antrag elektronisch oder manuell ausfüllen – in beiden Fällen ist es notwendig, dass Sie die

ORIGINAL-Belege

an folgende Anschrift einsenden:

Jugendhaus Versicherungen GmbH

Carl-Mosterts-Platz 1

40477 Düsseldorf

WICHTIG!
Rechtzeitig
an die Jugendhaus
Versicherungen
GmbH schicken!

Kunden-Nummer

falls bekannt bitte eintragen

Versicherungs-Nr..

unbedingt angeben.

Antrag auf Kostenerstattung bei Heilbehandlung – Barmenia Krankenversicherung aG

Vollständige Heimatanschrift des Antragstellers:

Reiseveranstalter, Gruppe, Gemeinde, Verband, Einrichtung, Einzelreisender

Straße: _____ **PLZ/Ort:** _____

Tel.: _____ **Fax:** _____ **E-Mail:** _____

Tagesprämie € _____ **eingezahlt am:** _____ **Fahrt-Reise-Nr.:** _____

Versicherungs-/Reisedauer: vom _____ **bis** _____ **Reiseziel/Land:** _____

Name(n) der erkrankten Person(en): _____

Ärztliche Diagnose (nur, wenn diese nicht aus den Rechnungsbelegen einwandfrei hervorgeht)

Als Anlage werden folgende Original-Heil und Fahrtkostenbelege eingereicht (ärztliche, zahnärztliche, stationäre, ambulante Krankenbehandlung, Arzneikosten, Fahrtkosten usw.)

	Rechnungsbetrag in der ausgestellten Landeswährung	Erstattungsbetrag in EUR (wird von BKV ausgef.)
insgesamt:		

Bitte nicht ausfüllen

Der Erstattungsbetrag soll überwiesen werden an:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

 Unterschrift der Entsendestelle,
 d. Reiseleiters o. des Teilnehmers

 Datum

 Unterschrift der
 Barmenia Krankenversicherung aG