

## 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 Entsandestelle,  
 d. Reiseleiters o. des Teilnehmers

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der  
 Barmenia Krankenversicherung aG