

muki versicherungsverein auf
gegenseitigkeit
wirerstraße 10
a - 4820 bad ischl

Ansuchen um Kostenrückerstattung

Polizzenummer:
Bitte unbedingt angeben

Kundennummer:

Art des Versicherungsschutzes:

Krankenversicherung: ☐

Unfallversicherung: ☐

Wahlarzt: ☐

Vor- / Nachname des Versicherungsnehmers:

Adresse:

Telefonnummer:

Für eventuelle Rückfragen bitte unbedingt angeben

Diagnose:

Es wird um die Abrechnung folgender Leistung gebeten:

☐ Um Überweisung des leistungspflichtigen Betrages auf folgendes Konto wird gebeten:

Kontoinhaber: Bankinstitut:

Kontonummer: Bankleitzahl:

☐ Um Bezahlung der offenen Rechnung bei folgender Krankenanstalt wird gebeten:

Folgende Unterlagen liegen bei:

Datum:

Unterschrift:

Versicherungsnehmer