

Antrag auf Kostenerstattung bei Behandlung im Ausland



Name, Vorname der/des Versicherten	KV-Nummer
Geburtsdatum des/der Versicherten	Staatsangehörigkeit
Anschrift	Telefon (freiwillig)

Bankverbindung

IBAN	Kreditinstitut
BIC (bei ausländischer Bankverbindung)	Kontoinhaber

Anschrift des Kontoinhabers (sofern sie von der Anschrift Antragssteller abweicht)

Angaben zum Auslandsaufenthalt

Beginn des Auslandsaufenthalts (TT.MM.JJJJ)	Ende des Auslandsaufenthalts (TT.MM.JJJJ)	(Urlaubs-)Land (ggf. Länderteil/Region)
--	--	---

Angaben zum Versicherungsschutz

Besteht eine private Reisekrankenversicherung bei einem anderen Unternehmen? ja nein

Wenn ja, bei welchem Unternehmen? _____

Wurden die Kosten bereits durch diese private Zusatzversicherung erstattet? ja nein

Angaben zur Behandlung

Haben Sie sich zum Zweck der Behandlung ins Ausland begeben? ja nein

Bestand vor dem Auslandsaufenthalt eine (schwerwiegende) Erkrankung, die im Ausland weiterbehandelt werden musste? ja nein

Handelte es sich um einen Unfall bzw. waren Dritte ursächlich beteiligt? ja nein

War die Behandlung wegen akuter Beschwerden erforderlich? ja nein

Wurden die Behandlungskosten bereits von Ihnen gezahlt?
(Zahlungsnachweise bitte beifügen) ja nein

Diagnose(n)

Welche Krankheit war die Hauptursache für die Behandlung bzw. den Krankenhausaufenthalt? Welche Krankheiten wurden daneben auch behandelt? Welche Operationen oder größere diagnostische Untersuchungen wurden im Falle eines Krankenhausaufenthalts durchgeführt?

Angaben zur Behandlung

- War eine Behandlung im Krankenhaus notwendig? ja nein
- Wurden Sie zur Behandlung stationär aufgenommen? ja nein
- Wenn ja, stationäre Aufnahme am? _____
- Entlassung am? _____
- Erfolgte die Behandlung im Krankenhaus ambulant? ja nein

Bitte Behandlungstage angeben. Falls sich die ambulante Behandlung über einen längeren Zeitraum erstreckt hat, geben Sie bitte den Behandlungszeitraum an.

Angaben zu entstandenen Kosten

Bitte geben Sie an, für welche Leistungen Belege vorliegen und Kosten entstanden.

Beleg-Nr.	Datum	Art der Leistung/Untersuchung	Betrag	Währung

Weitere Belege bitte unter Notizen angeben.

Zuzahlungen bzw. landesübliche Eigenanteile können nur unter bestimmten Voraussetzungen erstattet werden. Arzneimittel/ Heil- und Hilfsmittel können bei der Erstattung nur berücksichtigt werden, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt.

Notizen

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (bei Mitgliedern unter 18 Jahren unterschreibt der gesetzliche Vertreter)

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zur Prüfung des Anspruchs auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 und 5 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich der Leistungsansprüche führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter agida.de/datenschutz. Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.