

alle Felder für interne Vermerke der Barmenia

Leistungsauftrag

Barmenia Krankenversicherung a. G.
Postfach 10 04 40
42004 Wuppertal

Barmenia
Krankenversicherung a. G.

Versicherungsnummer:

Bitte stets angeben!

Bitte nutzen Sie die nebenstehende Adresse auch für Ihre sonstigen Zuschriften in Leistungsangelegenheiten.

Mit jeder Abrechnung erhalten Sie einen neuen Leistungsauftrag.

Name	
Straße	
PLZ/Wohnort	
Tel. privat	Tel. dienstlich
Fax-Nr. privat	E-Mail-Adresse privat

Bitte nur ausfüllen, wenn abweichend vom gespeicherten Konto:

Konto	BLZ
Inhaber	

Sie helfen uns, wenn Sie die Belege in der von Ihnen eingetragenen Reihenfolge sortieren und sie nicht aufkleben. Vielen Dank!

Vorname:				
Kostenart	EUR	EUR	EUR	EUR
ambulant Arzt- bzw. Heilpraktikerrechnungen; Arznei-, Verbandmittel; Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen); Hilfsmittel (z. B. Brillen)				
stationär Krankenhaus-/Arztrechnungen, Transportkosten				
Zahn (inkl. Kieferorthopädie)				
Sonstiges				
Summe				

Bevor Sie Kostenbelege einreichen, lesen Sie bitte die Hinweise; insbesondere zum Selbstbehalt und zur Beitragsrückerstattung.

Bei Belegen aus dem Ausland:
Bitte geben Sie den genauen Zeitraum Ihres Aufenthaltes an:

Datum von bis

Verfügen Sie

- über eine anderweitige Auslandsreisekrankenversicherung oder
- über einen anderen Versicherungsschutz im Ausland (z. B. über den ADAC, Ihre Kreditkarte oder die Mitgliedschaft in einem Rettungsdienst)?

nein ja, dann nennen Sie bitte nachfolgend den Namen der Gesellschaft sowie Ihre Versicherungs- bzw. Mitgliedsnummer:

Gesamtsumme der Belege:

Bemerkungen: _____

Ort / Datum	Unterschrift:
-------------	---------------