

Antrag auf Erstattung von Behandlungskosten im Ausland

(nach deutschen Vertragssätzen)

Rechnungen für: ☐ _____ , ☐ meinen Angehörigen: _____
Reiseland: _____ Beginn der Reise: __. __. __ Ende der Reise: __. __. __ Grund der Reise: ☐ privat ☐ dienstlich
Krankheit / Diagnose(n): _____ Die Versicherungskarte (EHIC) / der Auslandskrankenschein wurde beim Behandler vorgelegt und anerkannt: ☐ ja ☐ nein
Entstandene Kosten: Gesamtbetrag: _____ Währung: _____ Bitte fügen Sie alle Zahlungsnachweise, ärztliche Verordnungen, Arzt- und Krankenhausberichte bei. Bitte klammern oder kleben Sie die Belege nicht, das erleichtert uns die Weiterverarbeitung. Vielen Dank! für: ☐ Ärztliche Behandlung: Datum der Behandlung(en): _____. _____. _____. _____. _____. _____. Facharzttrichtung: _____ Durchgeführte Leistungen: ☐ Beratung / Untersuchung ☐ Wundversorgung ☐ Blutuntersuchung ☐ Urinuntersuchung ☐ Röntgen, Körperteil: _____ ☐ Ultraschall, Körperteil: _____ ☐ Sonstiges: _____ ☐ Krankenhausbehandlung von _____. _____. _____. bis _____. _____. _____. ☐ Zahnärztliche Behandlung: Datum der Behandlung(en): _____. _____. _____. _____. _____. _____. ☐ Beratung / Untersuchung ☐ Röntgen ☐ Füllung(en), Anzahl: ____ ☐ Entfernung von Zähnen, Anzahl: ____ ☐ Wurzelbehandlung(en), Anzahl: ____ ☐ Sonstiges: _____ Welche Zähne wurden behandelt: _____ ☐ Arzneimittel (Bitte Verordnung beifügen) ☐ Hilfsmittel (Bitte Verordnung beifügen), Art des Hilfsmittels: _____ ☐ Heilmittel (Bitte Verordnung beifügen) ☐ ____ x Massage ☐ ____ x Krankengymnastik ☐ ____ x Fango ☐ Sonstiges: _____ ☐ Rettungs- / Krankentransport von _____ nach _____

Haben Sie eine **private Auslandsreisekrankenversicherung**?

Ja ☐ beim Münchener Verein

☐ bei der Debeka

Einwilligung zur Weiterleitung der Unterlagen an
Münchener Verein oder Debeka wird erteilt: ☐ Ja ☐ Nein

☐ bei anderer Zusatzversicherung: _____

☐ Nein, ich habe keine Auslandsreisekrankenversicherung.

☐ Ich wünsche eine Erstattung nach **ausländischen Vertragssätzen**

Bitte beachten: Da in diesem Fall der ausländische Versicherungsträger angeschrieben wird, kann es zu einer
Bearbeitungszeit von bis zu 6 Monaten kommen.

(Hinweis: Bei Rechnungen über 1000,00 € aus Abkommensstaaten (z.B. Türkei) müssen immer die ausländischen
Vertragssätze ermittelt werden.)

Bankverbindung:

Name der Bank: _____

IBAN _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ |

BIC _ _ _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ | Kontoinhaber: _____

Angaben für Rückfragen: Telefon: _____ Email: _____

(freiwillig)



Datum



Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Datenschutzhinweis: Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BMW BKK notwendig. Ihre Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Website www.bmwbkk.de/datenschutz.