

HALLESCHE
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

Versicherungsnummer

Anschrift des
Versicherungsnehmers:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

Kurzmitteilung für Rechnungen

Anzahl der eingereichten Belege

Im Gesamtwert von €

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag

auf das Konto:

Kontonummer

Bankleitzahl

Geldinstitut

auf folgendes Konto:

Kontonummer

Bankleitzahl

Geldinstitut

Rechnungs-Check – Beitragsrückerstattung/Selbstbehalt

Gilt für unbezahlte Arztrechnungen ab 150 € Rechnungsbetrag.

- Ich wünsche keine Auszahlung. Bitte prüfen Sie meine unbezahlte(n) Arztrechnung(en) auf gebührenrechtliche und rechnerische Richtigkeit und informieren Sie mich über das Rechnungs-Check-Ergebnis (z. B. weil der Selbstbehalt noch nicht erreicht ist oder die Beitragsrückerstattung in Anspruch genommen werden kann)

Heil- und Kostenplan/Kostenvoranschlag

- Bitte prüfen Sie den zahnärztlichen Heil- und Kostenplan
 Bitte prüfen Sie den Kostenvoranschlag für Hilfsmittel bzw. unterstützen Sie mich durch Ihren Hilfsmittelservice

Bemerkungen: _____

