

Concordia
Krankenversicherungs-AG
Leistungsabteilung
30621 Hannover

Absender:

Versicherungsschein-Nr.: _____ (bitte stets angeben)

Auszahlung von Versicherungsleistungen

Beigefügt sind: _____ Beleg(e)

(Sofern es sich um Kostenerstattung für Unfallfolgen handelt, bitten wir um eine möglichst genaue Unfallschilderung und eventuelle Angabe des Haftpflichtigen.)

Bescheinigung über stationäre Behandlung

Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit

Bitte überweisen Sie den Leistungsbetrag

auf das Konto, von dem die Beiträge abgerufen werden

auf das Konto:

Konto-Nr.: _____

BLZ: _____

Kontoinhaber : _____

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer