

Gothaer Krankenversicherung AG
Kundenbetreuung Gesundheit
50598 Köln

Versicherungsnummer
90000000

Auszahlung von Versicherungsleistungen

Eine Bitte: Reichen Sie Ihre **Originalbelege** mit diesem Formular ein. Folgende Dokumente müssen nicht eingereicht werden:

- Kopien, Durchschriften, Duplikate, Zahlungsquittungen und Überweisungsträger.

Sie können uns auch gerne eine Konto- und/oder Adressenänderung mitteilen. Ein gesondertes Schreiben ist nicht erforderlich.

Versicherungs- nehmer

Vorname und Name _____

Anschrift

Straßenname, Hausnummer, PLZ und Ort _____ Anschriftsänderung

Kommunika- tionsdaten

Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____

Telefax privat _____ Telefax geschäftlich _____

E-Mail privat _____ E-Mail geschäftlich _____

Angaben

Bitte unterstützen Sie uns mit einigen Angaben zu den eingereichten Belegen. Hierdurch vermeiden Sie Nachfragen und beschleunigen die Bearbeitung Ihrer Unterlagen. Alle Angaben in diesem Bereich sind freiwillig.

Anbei _____ Belege über einen Gesamtbetrag von _____ Euro.

Liegt ein Unfall vor und/oder haben Dritte die Behandlung verursacht? Nein Ja

Bemerkungen

Leistungsaus- zahlung

(bitte stets angeben)

Die Überweisung des Erstattungsbetrages soll auf das folgende Konto erfolgen.

Kontonummer _____ Kontoinhaber (Vorname und Name) _____ Versicherungsnehmer

Bankleitzahl _____ Geldinstitut (Name und Ort) _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____