

Absender:

Versicherungsschein Nr.:

**Mannheimer Krankenversicherung AG**  
**Abteilung Leistung – KV 3**  
**Augustaanlage 66**  
**68165 Mannheim**

**Belege bequem einreichen**

Mit diesem Formular sparen Sie sich ein eigenes Anschreiben und helfen uns zugleich bei der Bearbeitung Ihrer Belegeinreichungen.

Einfach ausfüllen und mit den Originalbelegen  
an  
die nebenstehende Adresse senden. Danke!

Bitte tragen Sie die einzelnen Belege in die Tabelle ein:

Versicherte Person	Versicherte Person	Versicherte Person	Versicherte Person
Name:	Name:	Name:	Name:

**Rechnungen/Rezepte** (Bitte ARZT- Rechnungen ab 1.000 EUR in nächster Rubrik aufführen)

Behandler	EUR	Behandler	EUR	Behandler	EUR	Behandler	EUR
Summe		Summe		Summe		Summe	

**ARZT-Rechnungen ab 1.000 Euro**

Behandler	EUR	Behandler	EUR	Behandler	EUR	Behandler	EUR
Summe		Summe		Summe		Summe	

**ZAHN - Rechnungen**

Behandler	EUR	Behandler	EUR	Behandler	EUR	Behandler	EUR
Summe		Summe		Summe		Summe	

**ZAHN - Heil- und Kostenplan:**  Heil- und Kostenplan liegt bei.

**Krankentagegeld:**  Ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ("Pendelformular") liegt bei.

**sonstige Unterlagen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Überweisung des Erstattungsbetrages soll

auf das Konto erfolgen, von dem die Beiträge abgebucht werden.

auf das Konto Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl Nr. \_\_\_\_\_ erfolgen.

Mir ist bekannt, dass die Mannheimer Krankenversicherung AG zur Beurteilung der Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrages oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person/en