



An die  
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG  
Leistung

90334 Nürnberg

Ihr Erstattungsantrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte unterstützen Sie uns bei der zügigen Bearbeitung Ihrer Kostenbelege und erfassen Sie alle Rechnungen auf der Rückseite dieses Schreibens. Sie erleichtern uns damit die Übersicht. Sie selbst können - wenn Sie sich die Rückseite kopieren - später Ihre Belege besser mit unserer Abrechnung vergleichen.

Beachten Sie dabei bitte die folgenden Hinweise - vielen Dank:

1. Reichen Sie nur **Originalbelege** oder Kopien mit Erstattungsvermerken anderer Kostenträger ein.
2. Sammeln Sie Belege, bis eine vereinbarte Selbstbeteiligung überschritten ist.
3. Bei Rechnungen aus dem Ausland fügen Sie bitte eine deutsche Übersetzung und ggf. Ihren Überweisungsbeleg bei.
4. Bei Rechnungen von Behandlern prüfen Sie bitte, ob sie
  - den Namen der behandelten Person
  - die Krankheitsbezeichnung (Diagnose)
  - die jeweiligen Behandlungstage
  - die einzelnen Leistungen (mit Ziffern der Gebührenordnung)
  - die Begründung bei Überschreitung der Regelspanneenthalten.
5. Reichen Sie bitte Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel immer mit der ärztlichen Verordnung ein. Aus der Verordnung muß der Name der behandelnden Person hervorgehen.
6. Bei Verletzungen **jeder** Art bitte eine Unfallschilderung beifügen (auch bei Eigenverschulden) und eventuelle Haftpflichtige angeben.
7. Bei Berufs-, Dienst-, Schul- oder Kindergartenunfällen legen Sie bitte die Rechnungen zuerst der gesetzlichen Unfallversicherung vor. Falls danach Kosten verbleiben, bitte Kopien mit Erstattungsvermerk bzw. Bescheid des Kostenträgers vorlegen.
8. Bei einem Übertritt von der gesetzlichen Krankenkasse oder von einer privaten Krankenversicherung wird die dort zurückgelegte Zeit auf die Wartezeit angerechnet, wenn uns eine entsprechende Bescheinigung eingereicht wird. Haben wir sie schon von Ihnen erhalten? Für eine Auszahlung brauchen wir diese Bescheinigung.

Mit freundlichen Grüßen

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Die Adresse hat sich geändert.

Die Bankverbindung hat sich geändert.

Versicherungsnummer
Name des Versicherungsnehmers
Straße
PLZ, Wohnort

Bankverbindung: Kontoinhaber, wenn nicht Versicherungsnehmer
Kontonummer
Bankleitzahl
Institut

**Aufstellung der anfallenden Kosten**

Vorname	1.		2.		3.		4.	
	Beleg vom	EUR	Beleg vom	EUR	Beleg vom	EUR	Beleg vom	EUR
Ärztliche Behandlung  (nur ambulant)								
Rezepte  (evtl. zusam- mengefaßt)								
Heilmittel (Bäder, Massagen)								
Hilfsmittel  (Brillen, Bandagen)								
Kranken- hauspflege- kosten  Arztkosten								
Zahnbehand- lung, Zahn- ersatz								
sonstiges								
Gesamt								

insgesamt EUR

--

Ort, Datum

Unterschrift