



An die  
**Württembergische**  
**Krankenversicherung AG**  
**Leistungsservice**  
**70163 Stuttgart**

**Belege bequem einreichen**

Mit diesem Formular sparen Sie sich ein eigenes Anschreiben und schaffen die Voraussetzungen für eine schnelle Auszahlung.

Versicherungs-Nr.: 33-\_\_\_\_\_ Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

- Reichen Sie uns ausschließlich **Originalbelege** zur Erstattung ein. Duplikate, Kopien oder Faxe können wir bedingungsgemäß nicht berücksichtigen.
- **Medikamente**, sofern diese als Arzneimittel im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten, können wir nur erstatten, wenn Sie uns die entsprechende **ärztliche Verordnung** dazu einreichen.
- Zur Erstattung von **Heilmitteln**, wie zum Beispiel Fango oder Massagen benötigen wir immer auch die **ärztliche Verordnung**.
- Auch zur Erstattung von **Hilfsmitteln**, wie zum Beispiel Hörgeräte oder Gehstützen benötigen wir immer die **ärztliche Verordnung**.
- Reichen Sie die Rechnungen von **stationären Behandlungen** nach Möglichkeit bitte **unbezahlt** zur Prüfung an uns weiter.
- Sofern **Zahnersatzleistungen** bei uns versichert sind, empfehlen wir Ihnen bei Zahnersatzmaßnahmen, uns **vor Behandlungsbeginn** einen Heil- und Kostenplan vorzulegen. Dann erfahren Sie sofort, in welcher Höhe wir uns an den Kosten beteiligen werden. Betragen die voraussichtlichen Kosten 1500 Euro oder mehr, so schreiben die Versicherungsbedingungen die vorherige Einreichung eines Heil- und Kostenplans sogar vor.
- Sofern Sie bei uns zur Absicherung Ihres Einkommens ein **Krankentagegeld** versichert haben, so melden Sie uns bitte die Arbeitsunfähigkeit immer sofort mit Angabe der Diagnose.

**Anbei zur Erstattung:** \_\_\_\_\_ Originalbelege im Gesamtwert von \_\_\_\_\_ Euro

Unfälle:

Sind Rechnungen (z.B. Arztrechnungen, Rezepte) auf Unfälle jeglicher Art (z.B. auch Vergiftungen, Verletzungen durch Tiere) und/oder deren Folgen zurückzuführen?

Ja  Nein

Falls Ja, ist der Unfall im eigenen Haushalt/auf dem eigenen Grundstück passiert?

Ja  Nein

War ein außenstehender Dritter beteiligt ?

Ja  Nein

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf das Konto von dem die Beiträge abgebucht werden.

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf folgendes Konto

Konto \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ Kontoinhaber \_\_\_\_\_

**Sofern eine Erstattung auf ein Konto einer anderen Person gewünscht wird, benötigen wir aufgrund neuer gesetzlicher Regelungen unbedingt die Unterschrift des Versicherungsnehmers.**

Für Rückfragen bin ich tagsüber unter Tel: \_\_\_\_\_ erreichbar.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Versicherungsnehmer** (Vorname und Zuname)