

Antrag auf Kostenerstattung bei einer Behandlung im Ausland

Name, Vorname der/des Versicherten _____ Versichertennummer _____

Name, Vorname der/des Familienversicherten _____ Versichertennummer _____

Anschrift _____ Telefonnummer für mögliche Rückfragen* _____

Bankverbindung

IBAN _____ Kreditinstitut _____

BIC (bei ausländischer Bankverbindung) _____ Kontoinhaberin/Kontoinhaber _____

Anschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers (sofern diese von der Anschrift der Antragstellerin/des Antragstellers abweicht)

Angaben zum Auslandsaufenthalt

Beginn des Auslandsaufenthalts (Datum) _____ Ende des Auslandsaufenthalts (Datum) _____ Land (Landesteil/Region) _____

Datum der Behandlung(en) _____ Erkrankung(en)/Diagnose(n) _____

Angaben zum Versicherungsschutz

Haben Sie eine private Auslandskrankenversicherung? ja nein

Wenn ja: Bei welchem Unternehmen (z. B. DKV, ADAC etc.)?

Hat die Versicherung die Kosten bereits erstattet? ja nein

Angaben zur Behandlung

Haben Sie die Kosten für die Behandlung bereits bezahlt? ja nein

Hatten Sie einen Unfall oder waren andere Personen der Grund für die Behandlung? ja nein

Wurden Sie wegen akuter Beschwerden behandelt? ja nein

Waren Sie vor dem Auslandsaufenthalt (schwer) erkrankt – und mussten deshalb im Ausland weiterbehandelt werden? ja nein

Wurden Sie im Krankenhaus stationär aufgenommen und behandelt? ja nein

Wurden Sie im Krankenhaus ambulant behandelt? ja nein

Angaben zu den entstandenen Kosten:

Bitte geben Sie an: Für welche Leistungen sind Kosten entstanden, für die Sie Belege/Rechnungen haben.

Datum	Art der Leistung/Behandlung/Untersuchung	Betrag	Währung

Bitte fügen Sie alle Zahlungsnachweise, ärztliche Verordnungen, Arzt- oder Krankenhausberichte bei.

Zuzahlungen bzw. landesübliche Eigenanteile können nur unter bestimmten Voraussetzungen erstattet werden.

Arzneimittel oder Heil- und Hilfsmittel können nur erstattet werden, wenn sie ärztlich verordnet wurden.

x

Datum _____ Unterschrift des Mitglieds (bei Mitgliedern unter 18 Jahren unterschreibt die/der gesetzliche Vertreter/-in)

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zur Prüfung des Anspruchs auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 und 5 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich der Leistungsansprüche führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte. Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.