

Vom Versicherten auszufüllen!

Familienname _____ Vorname _____ Versicherungsnummer _____

Patient:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift:

Versicherter:

Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

An die

.....

.....

.....

(Versicherungsnummer angeben)

.....

(Ort, Datum)

Antrag auf Kostenrückerstattung

Als Versicherter Ihrer Anstalt reiche ich die angeschlossene Wahlarzthonorarnote zur Kostenerstattung ein und beantrage die Überweisung des mir gebührenden Betrages auf mein Konto

IBAN EmpfängerIn:

BIC (SWIFT-Code) der Empfängerbank:

Weiters beantrage ich die detaillierte Aufschlüsselung des mir zu gewährenden Kostenersatzes.

Für den Fall des nicht vollständigen Ersatzes der von mir nachgewiesenen Auslagen, der Nichterfüllung an die von mir bezeichneten Zahlstelle oder der ablehnenden Behandlung meines Leistungsantrages stelle ich gemäß § 367 Abs. 1 Z 2 ASVG den

Antrag

auf formelle und bescheidmäßige Ausfertigung nach den Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 mit entsprechender schriftlicher Begründung.

Hochachtungsvoll

.....
(Unterschrift des Versicherten)