

# Formular zur Auszahlung von Versicherungsleistungen



Landeskrankenhilfe V.V.a.G.  
Bezirksdirektion Düsseldorf  
Leistungsabteilung  
Karl-Rudolf-Straße 178  
40215 Düsseldorf

Angaben zum Versicherungsnehmer:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

**D**  
Bezirksdirektion Versicherungsnummer

Belege bitte nicht heften, aufkleben oder klammern

Zur Erstattung soll die bekannte Bankverbindung herangezogen werden.

Erstattungskonto neu: \_\_\_\_\_  
bis auf Widerruf (IBAN)  
\_\_\_\_\_  
(BIC) (Kontoinhaber, falls abweichend)

Bitte beachten Sie, dass dieses Konto nur für die Erstattungsleistungen genutzt wird. Sofern dieses Konto auch für die Beitragszahlung gelten soll, bitten wir um gesonderte Mitteilung.

-----,----- EUR

Hinweise auf die **Beitragsrückerstattungen** sowie allgemeine Hinweise finden Sie auf der Rückseite.

Summe der Rechnungsbeträge

**Unfallbelege**  ja  nein

Bitte Informationen auf der Folgeseite dieses Bogens beachten und das Feld „Platz für Mitteilungen“ für die Unfallschilderung nutzen.

Platz für **Mitteilungen** (z. B. Unfallschilderung mit Unfalldatum, Namens-, Anschriftenänderung)

Bitte beachten Sie die wichtigen, allgemeinen Hinweise auf der Folgeseite.

**Telefonnummer** \_\_\_\_\_  
Erreichbarkeit bei Rückfragen tagsüber

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

## Wichtige allgemeine Hinweise

<b>Beitragsrückerstattung</b>	<p>Als vollversichertes Mitglied können Sie von unseren Beitragsrückerstattungen für kostenbewusstes Verhalten sowie für Schadenfreiheit bzw. Leistungsfreiheit profitieren und somit einen Großteil Ihres Beitrages zurückerhalten.</p> <p>Wie das im Detail funktioniert, erfahren Sie auf unserer Homepage.</p>
<b>Vorsorgeuntersuchungen</b> nach gesetzlich eingeführten Programmen und <b>Schutzimpfungen</b> nach Empfehlung der STIKO in den ASZ-Tarifen	<p>Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf unsere Beitragsrückerstattung für Leistungsfreiheit im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens gemäß Tarifbedingungen, sofern dafür eine gesonderte Rechnung gestellt wird.</p>
<b>Tarife mit Selbstbehalt</b>	<p>Falls Sie einen Tarif mit Selbstbehalt abgeschlossen haben, sollten Sie die Belege erst dann einreichen, wenn der entsprechende Betrag überschritten ist. Ggf. ist für Sie der Erhalt einer Beitragsrückerstattung günstiger.</p>
<b>Arzneimittel</b>	<p>Legen Sie uns die von der Apotheke quitierten Rezepte mit Angabe der Apotheken- und Pharmazentralnummer (PZN) sowie dem Bezugsdatum vor. Bitte reichen Sie <b>keine zusätzlichen</b> Bezahlnachweise oder Apothekenquittungen ein.</p>
<b>Heilmittel</b> z. B. Massagen, Krankengymnastik	<p>Um die Leistungen erstatten zu können, benötigen wir Einblick in Diagnosen und Behandlungsdaten. Bitte reichen Sie deshalb stets die ärztliche Verordnung zusammen mit der Rechnung ein.</p>
<b>Zahnarztrechnungen</b>	<p>Bitte fügen Sie bei Zahnersatzmaßnahmen die Material- und Laborkostenrechnungen bei.</p>
<b>Kostenvoranschläge oder Heil- und Kostenpläne</b> z. B. bei Zahnersatz, Kieferorthopädie	<p>Wir empfehlen, kostenintensive Heil- und Kostenpläne vor Behandlungsbeginn einzureichen. Wir prüfen dann für Sie gern die Höhe der voraussichtlichen Tarifleistung und können Sie auf Besonderheiten hinweisen.</p>
<b>Hilfsmittel</b>	<p>Wenn Sie teure Hilfsmittel benötigen, senden Sie uns vor dem Kauf die ärztliche Verordnung ggf. mit einem Kostenvoranschlag Ihres Sanitätshauses zu. Gern prüfen wir dann, ob Sie die Sonderkonditionen unserer Lieferanten nutzen können.</p>
<b>Krankenhausrechnungen</b>	<p>Wir empfehlen, eine Krankenhausrechnung erst dann zu bezahlen, wenn sie durch uns geprüft ist. So vermeiden Sie Fehlzahlungen, denn Krankenhausrechnungen nach DRG-Fallpauschalen können fehlerhaft sein.</p>
<b>Auslandsbehandlungen</b>	<p>Bitte achten Sie darauf, dass die Rechnungen Angaben zur behandelten Person, die Diagnose, Behandlungsdaten und möglichst detaillierte Informationen zu den durchgeführten Einzelleistungen (z.B. Untersuchungen, Spritzen, Röntgen) enthalten. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland geben Sie bitte den Zeitraum des Aufenthaltes an.</p>
<b>Beihilfetarife mit Anspruch auf Ergänzungsleistungen</b>	<p>Bitte fügen Sie eine Kopie des Beihilfebescheides zu den beigefügten Rechnungen bei.</p>
<b>Unfall</b>	<p><u>Unfall allgemein:</u> Bitte fügen Sie bei Verletzungen jeder Art eine Unfallschilderung bei. Darin sollten Angaben zum Unfallort, -zeitpunkt und -geschehen enthalten sein sowie zur Beteiligung Dritter. Wir möchten prüfen, ob andere Kostenträger Leistungen erstatten.</p> <p><u>Berufs- bzw. Dienstatunfall:</u> Bitte reichen Sie diese Belege zunächst bei der zuständigen Berufsgenossenschaft bzw. bei Ihrem Dienstherrn ein.</p> <p><u>Schul- bzw. Kindergartenunfall:</u> Bitte reichen Sie diese Belege zunächst bei der zuständigen Schul- bzw. Kindergartenverwaltung ein.</p>