



B D A E G R U P P E

AUSZAHLUNG VON VERSICHERUNGSLEISTUNGEN EXPAT RETIRED

AUSZAHLUNGSBOGEN

BITTE FÜLLEN SIE FÜR DIE BEANTRAGUNG VON KOSTENERSTATTUNGEN DAS NACHFOLGENDE FORMULAR UND DIE AUFSTELLUNG AUF DER RÜCKSEITE AUS. BITTE FÜLLEN SIE IM SCHADENFALL PRO PERSON JEWEILS EIN ANTRAGSFOMULAR AUS UND SENDEN SIE DIESES AN:

BDAE HOLDING GMBH • KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG

VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):

Name: Vorname(n):

Aktuelle Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land): Als Zustelladresse nutzen*: Ja Nein

Fon (mit Landes- u. Ortsvorwahl): Fax (mit Landes- u. Ortsvorwahl): e-mail:

KONTOVERBINDUNG FÜR LEISTUNGSERSTATTUNG:

Kto.-Inhaber:

Bank: Kto.-Nr.: BLZ:

ZUSATZ FÜR AUSLÄNDISCHE KONTEN:

Bankanschrift: BIC/Swift: IBAN:

ANGABEN ZU ANDERWEITIGEM AKTIVEN KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ:

Besteht für die versicherte Person eine weitere Krankenversicherung*? Nein Ja, bei: Vers.-Nr.:
Falls Sie gesetzlich versichert sind: Besteht eine private Zusatzversicherung für stationäre Aufenthalte*? Nein Ja, bei: Vers.-Nr.:
Besteht eine weitere Kranken- oder Rückholversicherung mit Auslandsschutz*? Nein Ja, bei: Vers.-Nr.:
Haben Sie bei einer anderen Stelle (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle etc.) einen weiteren Erstattungsantrag gestellt*? Nein Ja, bei: Vers.-Nr.:

Beginn des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person (nur bei der erstmaligen Einreichung von Rechnungen erforderlich):

(*bitte ankreuzen)

Stand: 01.10.2011

TRAGEN SIE BITTE DIE FÜR DIE ERSTATTUNG BEANTRAGTEN LEISTUNGEN IN DIE UMSEITIGE TABELLE EIN, BZW. LASSEN DIESE VON DEM BEHANDELNDEN ARZT VERVOLLSTÄNDIGEN!

FÜR RÜCKFRAGEN WENDEN SIE SICH BITTE AN: ANIKA SCHUMACHER FON: +49-40-30 68 74-0 • FAX: +49-40-30 68 74-90 E-MAIL: LEISTUNG@BDAE.DE

