

alle Felder für interne Vermerke der Barmenia

Leistungsauftrag

Barmenia Krankenversicherung a. G.
Postfach 10 04 40
42004 Wuppertal

Barmenia
Krankenversicherung a. G.

Versicherungsnummer:

Bitte stets angeben!

Bitte nutzen Sie die nebenstehende Adresse auch für Ihre sonstigen Zuschriften in Leistungsangelegenheiten.

Mit jeder Abrechnung erhalten Sie einen neuen Leistungsauftrag.

Name	
Straße	
PLZ/Wohnort	
Tel. privat	Tel. dienstlich
Fax-Nr. privat	E-Mail-Adresse privat

Haben Sie Adress-/oder Kontoänderungen?
Teilen Sie uns diese bitte über **barmenia.de/Service/Krankenversicherung/Online-Formulare** mit.

Bitte ankreuzen, wenn Sie einen Hinweis zu diesem Leistungsauftrag haben.

Sie helfen uns, wenn Sie die Belege in der von Ihnen eingetragenen Reihenfolge sortieren und sie nicht aufkleben. Vielen Dank!

Vorname:				
Kostenart	EUR	EUR	EUR	EUR
ambulant Arztrechnungen; Arznei-, Ver- bandmittel; Heil- mittel (z. B. Bäder, Massagen); Hilfsmittel (z. B. Brillen)				
stationär Krankenhaus-/ Arztrechnungen, Transportkosten				
Zahn (inkl. Kiefer- orthopädie)				
Sonstiges				
Summe				

Bevor Sie Kostenbelege einreichen, lesen Sie bitte die Hinweise.

Bitte ankreuzen, wenn Sie **Belege aus dem Ausland** einreichen.
Bitte geben Sie den genauen Zeitraum Ihres Auslandsaufenthaltes an:

Datum von bis

Verfügen Sie

- über eine anderweitige Auslandsreise-Krankenversicherung oder

- über einen anderen Versicherungsschutz im Ausland (z. B. über den ADAC, Ihre Kreditkarte oder die Mitgliedschaft in einem Rettungsdienst)?

nein ja, dann nennen Sie

bitte nachfolgend den Namen der Gesellschaft sowie Ihre Versicherungs- bzw. Mitgliedsnummer:

Gesamtsumme der Belege:

Hausarzt (siehe Hinweise im Kommentarfeld HAUSARZT)

Unverändert/ wie mitgeteilt	<input type="checkbox"/> ggf. bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> ggf. bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> ggf. bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> ggf. bitte ankreuzen
Name/ Fachrichtung				
PLZ/ Wohnort				

Ort/Datum

Unterschrift