

alle Felder für interne Vermerke der Barmenia

Leistungsauftrag

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. Sie finden dieses Druckstück auch im Internet unter www.barmenia.de/Leistungsauftrag.

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

Name

Straße

PLZ / Wohnort

Tel. privat Tel. dienstlich

Fax-Nr. privat E-Mail-Adresse privat

IBAN

BIC

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

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

Vorname: | | | | |

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

Bevor Sie Kostenbelege einreichen, lesen Sie bitte die Hinweise auf der Rückseite, insbesondere zum Selbstbehalt und zur Beitragsrückerstattung.

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 Auslandsreisekrankenversicherung 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 auf der Rückseite)

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