

ARAG Krankenversicherung - AG
Hollerithstraße 11
81829 München

Versicherungsnummer:
Versicherungsnehmer:

Leistungsantrag

In der Anlage erhalten Sie: _____ Beleg(e) im Gesamtwert von Euro _____

Liegt ein Unfall vor?
 ja nein

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag:

auf das Beitragsabrufkonto: _____

auf folgendes Konto:

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Kto.Inhaber: _____

Neue Anschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon (tagsüber)