

Kostenübersicht für Zahnarztrechnungen

ERGO Direkt Krankenversicherung AG
Leistungsabteilung
Karl-Martell-Straße 60
90344 Nürnberg

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ, Wohnort:
Tagsüber bin ich unter folgender Telefonnummer erreichbar:
Versicherungs-Schein-Nr.:

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

- Liegt ein Unfall vor? ja nein Bitte kurze Unfall-Schilderung auf Blatt 2!
- Sind Sie privat krankenversichert? ja nein Bitte Kopie des Versicherungs-Scheins beifügen!
- Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein Bitte Leistungs-Bescheid der Beihilfestelle beifügen!

Tragen Sie bitte hier die einzelnen Gesamt-Rechnungsbeträge, sowie die Summe(n) getrennt für die einzelnen versicherten Personen ein:

Vorname								
Geburtsdatum								
Rechnungsdatum	Gesamt-Rechnungsbetrag in EUR	Ct.	Gesamt-Rechnungsbetrag in EUR	Ct.	Gesamt-Rechnungsbetrag in EUR	Ct.	Gesamt-Rechnungsbetrag in EUR	Ct.
Summe(n)								

Erstattung auf das bekannte Abbuchungskonto

abweichendes Konto: IBAN: D E

Kontoinhaber: _____

Name des Geldinstituts: _____

Unterschrift des Versicherungs-Nehmers: _____

Bitte beachten Sie, dass eine Auszahlung ausschließlich an den Versicherungs-Nehmer oder eine mitversicherte Person erfolgen kann.

Die vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen wahrheitsgetreu gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie unsere Hinweise auf der Rückseite

Allgemeine Hinweise

Ausfüllen des Formulars

Ihr Leistungs-Auftrag wird maschinell bearbeitet. Füllen Sie daher bitte das Formular mit Kugelschreiber deutlich lesbar und in Druckbuchstaben aus.

Name / Anschrift / Bankverbindung

Bitte prüfen Sie die Angaben auf der Vorderseite und nehmen dort evtl. Änderungen vor.

Nur Originale

Reichen Sie bitte alle Rechnungen im Original oder Duplikat mit dem Leistungs-Vermerk anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche Kranken-Kasse oder private Zusatzversicherungen) ein.

Was muss ich einreichen?

Bei Zahnersatz

(Kronen, Brücken, Prothesen):

- ⇒ Originalrechnungen des Zahnarztes, aus denen die Leistungen der gesetzlichen Kranken-Kasse hervorgehen
- ⇒ Kopie des **abgerechneten** Heil- und Kostenplanes
- ⇒ Rechnungen des zahntechnischen Eigen- und Fremdlabors

Bei Inlays oder Onlays:

- ⇒ Originalrechnungen des Zahnarztes
- ⇒ Rechnungen des zahntechnischen Eigen- und Fremdlabors

Bei Zahn-Vorsorgemaßnahmen:

- ⇒ Originalrechnungen des Zahnarztes

Hier haben Sie die Möglichkeit Ihr Unfall-Geschehen zu schildern oder uns etwas mitzuteilen:

Bei geplanter Implantatversorgung:

- ⇒ Vor Behandlungsbeginn müssen diese Maßnahmen von uns genehmigt werden. Dazu schicken Sie uns bitte einen Heil- und Kostenplan, zusammen mit der Bescheinigung Ihres Zahnarztes über die medizinische Notwendigkeit ein. Sofern wir dann noch weitere Unterlagen benötigen, werden wir uns zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen.

Bei durchgeführter Implantatversorgung:

- ⇒ Originalrechnungen des Zahnarztes, aus denen die Leistungen der gesetzlichen Kranken-Kasse hervorgehen
- ⇒ Kopie des **abgerechneten** Heil- und Kostenplanes für den implantatgetragenen Zahnersatz
- ⇒ Rechnungen des zahntechnischen Eigen- und Fremdlabors

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne unter der für Sie kostenfreien Servicenummer zur Verfügung:

Telefon **0800 / 444 1000**