



An die  
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG  
Leistung

90334 Nürnberg

Ihr Erstattungsantrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte unterstützen Sie uns bei der zügigen Bearbeitung Ihrer Kostenbelege und erfassen Sie alle Rechnungen auf der Rückseite dieses Schreibens. Damit erleichtern Sie uns die Übersicht. Sie selbst können - wenn Sie die Rückseite kopieren - später Ihre Belege besser mit unserer Abrechnung vergleichen.

Beachten Sie dabei bitte die folgenden Hinweise:

1. Senden Sie uns nur **Originalbelege** oder Kopien mit Erstattungsvermerken anderer Kostenträger.
2. Sammeln Sie Belege, bis die vereinbarte Selbstbeteiligung überschritten ist.
3. Bei Rechnungen aus dem Ausland fügen Sie bitte eine deutsche Übersetzung und ggf. Ihren Überweisungsbeleg bei.
4. Bei Rechnungen von Behandlern prüfen Sie bitte, ob sie Folgendes enthalten:
  - Namen der behandelten Person
  - Krankheitsbezeichnung (Diagnose)
  - Jeweiligen Behandlungstage
  - Einzelnen Leistungen (mit Ziffern der Gebührenordnung)
  - Begründung bei Überschreitung der Regelspanne
5. Schicken Sie Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel bitte immer zusammen mit der ärztlichen Verordnung. Aus dieser muss der Name der behandelnden Person hervorgehen.
6. Bei Verletzungen **jeder** Art fügen Sie bitte eine Unfallschilderung bei (auch bei Eigenverschulden) und geben eventuelle Haftpflichtige an.
7. Bei Berufs-, Dienst-, Schul- oder Kindergartenunfällen legen Sie bitte die Rechnungen zuerst der gesetzlichen Unfallversicherung vor. Falls danach Kosten verbleiben, senden Sie uns bitte Kopien mit Erstattungsvermerk bzw. Bescheid des Kostenträgers.
8. Bei einem Übertritt von der gesetzlichen Krankenkasse oder von einer privaten Krankenversicherung wird die dort zurückgelegte Zeit auf die Wartezeit angerechnet, wenn uns eine entsprechende Bescheinigung vorliegt. Ohne diese können wir nicht an Sie zahlen.

Mit freundlichen Grüßen

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Die Adresse hat sich geändert.

Die Bankverbindung hat sich geändert.

Versicherungsschein-Nummer
Name des Versicherungsnehmers
Straße
PLZ, Ort

Bankverbindung: Kontoinhaber, wenn nicht Versicherungsnehmer
Kontonummer
Bankleitzahl
Institut

**Aufstellung der anfallenden Kosten**

Vorname	1.		2.		3.		4.	
	Beleg vom	EUR						
Ärztliche Behandlung  (nur ambulant)								
Rezepte  (evtl. zusam- mengefasst)								
Heilmittel (Bäder, Massagen)								
Hilfsmittel  (Brillen, Bandagen)								
Kranken- hauspflege- kosten  Arztkosten								
Zahnbehand- lung, Zahn- ersatz								
Sonstiges								
Gesamt								

Insgesamt EUR

--

Ort, Datum

Unterschrift