

SDK Süddeutsche Krankenversicherung a.G.
Leistungsabteilung KV
Raiffeisenplatz 5
70736 Fellbach

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 folgendes Konto:

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: DE _____

Kto. Inhaber: _____

Neue Anschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon (tagsüber)