



BARMER

Absender

Ihr Schreiben vom
Versichertennummer

Antrag auf Kostenerstattung - Behandlung im Ausland

Land des Aufenthalts: _____

Grund des Auslandsaufenthalts: ☐ privat ☐ beruflich ☐ zur gezielten Behandlung

Diagnose(n): _____

und gegebenenfalls betroffener Körperteil: _____

Die Behandlung war aufgrund eines Unfalls erforderlich: ☐ ja ☐ nein

Europäische Krankenversicherungskarte/Auslandskrankenschein wurde vorgelegt

☐ ja ☐ nein

	Tag der Behandlung (Datum, Wochentag)	Uhrzeit	Ort der Behandlung (Arztpraxis, Krankenhaus, Hausbesuch)	
Rechnung 1				<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
Art der Behandlung (zum Beispiel Untersuchung, Röntgen, EKG)				

	Tag der Behandlung (Datum, Wochentag)	Uhrzeit	Ort der Behandlung (Arztpraxis, Krankenhaus, Hausbesuch)	
Rechnung 2				<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
Art der Behandlung (zum Beispiel Untersuchung, Röntgen, EKG)				

	Tag der Behandlung (Datum, Wochentag)	Uhrzeit	Ort der Behandlung (Arztpraxis, Krankenhaus, Hausbesuch)	
Rechnung 3				<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
Art der Behandlung (zum Beispiel Untersuchung, Röntgen, EKG)				

Verordnete Hilfsmittel/Heilmittel/Medikamente: _____

- Bitte erstatten Sie mir ☐ die deutschen Vertragssätze.
- ☐ die im Ausland geltenden Sätze.
(Es erfolgt eine Anfrage bei der ausländischen Krankenversicherung. Die erheblich längere Bearbeitungszeit nehme ich in Kauf.)

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag an folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber:

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC:

- Die Originalrechnung(en) sind beigelegt ☐ ja ☐ liegen Ihnen bereits vor
- Die Rechnung(en) wurden bereits bezahlt ☐ ja ☐ nein
- Die Rechnung(en) wurden bezahlt in ☐ Euro Zahlungsbetrag: _____
- ☐ Währung: _____ Zahlungsbetrag: _____
- Zahlungsnachweise/Quittungen sind beigelegt ☐ ja ☐ liegen Ihnen bereits vor
- Zum Nachweis gegenüber Dritten erbitte ich Kopien ☐ ja

☐ Ich habe eine Auslandskrankenversicherung beim BARMER-Kooperationspartner, der HUK-COBURG.

Der Weiterleitung meiner Antragsunterlagen an die HUK-COBURG zur weiteren Bearbeitung stimme ich zu. Ich bin damit einverstanden, dass die HUK-COBURG und die BARMER alle Unterlagen, die für die Prüfung notwendig sind – auch solche, die Gesundheitsdaten enthalten – direkt an den jeweils zuständigen Träger (BARMER oder HUK-COBURG) weitergeben dürfen. Die übermittelten Gesundheitsdaten dürfen dort genauso erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie es auch der ursprüngliche Träger (HUK-COBURG oder BARMER) tun dürfte. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass die BARMER eine Kopie des Schreibens über die Erstattungshöhe sowie Kopien meiner eingereichten Abrechnungsunterlagen an die HUK-COBURG weiterleitet. Soweit es dafür notwendig ist, entbinde ich die Mitarbeitenden der HUK-COBURG und der BARMER von ihrer Schweigepflicht nach § 203 StGB, damit sie Gesundheitsdaten und andere geschützte Daten weitergeben dürfen.

| | |

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

(Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

Telefonnummer (die Angabe ist freiwillig): _____