

Zur Information: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach §§ 13, 16, 17 und 18 SGB V, Art. 25 VO (EG) Nr. 987/09 sowie bilaterale Sozialversicherungsabkommen. Die BARMER speichert diese für 6 Jahre und löscht sie anschließend. Sie haben, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

BARMER



BARMER

Absender

Ihr Schreiben vom
Versichertennummer

Antrag auf Kostenerstattung - Behandlung im Ausland

Land des Aufenthalts: _____

Grund des Auslandaufenthalts: 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: _____

B|C:

Die Originalrechnung(en) sind beigefügt ja liegen Ihnen bereits vor

Die Rechnung(en) wurden bereits bezahlt ja nein

Die Rechnung(en) wurden bezahlt in Euro Zahlbetrag: _____
 Währung: _____ Zahlbetrag: _____

Zahlungsnachweise/Quittungen sind beigefügt 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):