

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 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 Zahlbetrag: _____

Währung: _____ Zahlbetrag: _____

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-Krankenversicherung AG (nachstehend HCK).

Der Weiterleitung meiner Antragsunterlagen an die HCK zur weiteren Bearbeitung stimme ich zu. Ich willige ein, dass die HCK und die BARMER die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen, die auch Gesundheitsdaten enthalten können, zur weiteren Prüfung durch die zuständigen Träger (BARMER bzw. HCK) unmittelbar an die BARMER bzw. HCK übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die HCK bzw. BARMER dies tun dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die BARMER eine Kopie des Schreibens der Erstattungshöhe sowie die Kopien meiner eingereichten Abrechnungsunterlagen an die HCK weiterleitet. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der HCK und die Mitarbeiter der BARMER im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.

_____, | _____ | _____ |

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

Telefonnummer (die Angabe ist freiwillig): _____