



**Absender**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

BARMER  
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom \_\_\_\_\_  
Versichertennummer \_\_\_\_\_

**Pauschale Beteiligung der BARMER an Stromkosten**

Ohne Nachweise in wenigen Schritten zur Erstattung.

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

<b>1. Angaben zum Hilfsmittel:</b>	
<input type="checkbox"/> Stationärer Sauerstoffkonzentrator	<input type="checkbox"/> CPAP-Gerät mit Befeuchter
<input type="checkbox"/> CPAP-Gerät ohne Befeuchter	<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät
<input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<b>2. Erstattung ab:</b> _____ Monat Jahr	
<b>3. auf folgendes Konto:</b>	
<input type="checkbox"/> Bankverbindung hat sich nicht geändert bzw. ist bereits bekannt.	
_____	
IBAN	
_____	
Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers	

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)  
(Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.