

Debeka Krankenversicherungsverein a.G.
Leistungszentrum Koblenz
Postfach 30 03 55
56027 Koblenz

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise. Sie sollen dazu beitragen, dass wir Ihren Leistungsantrag möglichst schnell und ohne Rückfragen bearbeiten können.

Sie finden unseren Leistungsantrag auch im Internet unter www.debeka.de im Service-Bereich.

Hinweise zum Leistungsantrag

Ausfüllen des Formulars

Ihr Leistungsantrag wird maschinell gelesen. Füllen Sie ihn daher bitte deutlich lesbar mit Kugelschreiber und in Druckbuchstaben aus. Tragen Sie bitte die einzelnen Rechnungsbeträge und die Summe(n) in die Tabelle ein. Vielen Dank.

Name / Anschrift / Bankverbindung

Informieren Sie uns bitte über Änderungen.

Originalbelege

Reichen Sie bitte nur Originalbelege oder Duplikate mit dem Leistungsvermerk anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche Krankenversicherung) ein.

Arztrechnungen

Rechnungen müssen die Diagnose, den Namen der behandelten Person, den Behandlungszeitraum und eine Aufstellung der ärztlichen Leistungen enthalten. Bei Rechnungen in ausländischer Währung geben Sie bitte den Umrechnungskurs an und fügen Sie eine Übersetzung bei.

Rezepte

Achten Sie bitte darauf, dass auf Rezepten immer der Entnahmestempel der Apotheke angebracht ist. Wenn möglich, fügen Sie bitte die dazugehörige Arztrechnung bei.

Heil- und Hilfsmittel

Reichen Sie Belege über Heil- und Hilfsmittel bitte nur zusammen mit der ärztlichen Verordnung ein.

Versicherungsschutz nach den Tarifen BE, BE1 und BE2

Bitte fügen Sie den Rechnungen für Heilpraktikerbehandlungen, Hilfsmittel oder zahntechnische Leistungen eine Kopie der Beihilfeabrechnung bei.

Unfall

Sofern es sich um einen Dienst-, Arbeits-, Uni-, Schul- oder Kindergartenunfall bzw. einen Unfall als ehrenamtlich Tätige(r) oder als nicht erwerbsmäßig tätige häusliche Pflegeperson handelte, bestehen ggf. Ansprüche gegen Ihren Dienstherrn, die Berufsgenossenschaft oder die gesetzliche Unfallversicherung.

Bitte lassen Sie daher zunächst die Vorleistung des entsprechenden Kostenträgers auf der Rechnung vermerken.

Krankheitskostenvollversicherung – Hohe Beitragsrückerstattung

- Bevor Sie den Leistungsantrag ausfüllen, sollten Sie prüfen, ob die Beitragsrückerstattung (BRE) für Sie günstiger ist. Ihre Geschäftsstelle kann Ihnen die Höhe der BRE nennen. Warten Sie am besten erst einmal ab, ehe Sie kleinere Rechnungen einreichen. Einen eventuellen Beihilfeanspruch können Sie unabhängig von unserer Leistung geltend machen.
- Entscheidend für die Leistungsfreiheit ist, wann die Behandlung stattfand, wann Arznei- oder Heilmittel bezogen bzw. Hilfsmittel bestellt wurden. Das Ausstellungsdatum der Rechnung bzw. der Zeitpunkt der Vorlage von Kostenbelegen sind nicht maßgebend.




Sicherheit und Vorsorge für Sie und Ihre Familie!

Ich möchte nähere Informationen über:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> Hausrat- und Glasversicherung | <input type="checkbox"/> Bausparen |
| <input type="checkbox"/> Private Pflegeversicherung (bis Alter 65 J.) | <input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> Wohngebäudeversicherung | <input type="checkbox"/> Baufinanzierung |
| <input type="checkbox"/> Lebens- und Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung | <input type="checkbox"/> Kfz-Versicherung | <input type="checkbox"/> Geldanlage |

Informationen über unsere Produkte können Sie auch im Internet unter www.debeka.de abrufen!

Bitte mit Kugelschreiber und in Druckbuchstaben ausfüllen.

Bitte stets angeben!	Service-Nr.	Namens-/Anschriftenänderung	Nur angeben, wenn abweichend vom Konto der Beitragsabbuchung				Hier bitte nichts eintragen 
	Name:		Konto-Nr.				Datum
	Straße:		Bankleitzahl				Pers.-Nr.
	PLZ/Ort:		Kontoinhaber				Ablage-Nr.
	Telefon privat	Telefon dienstlich	Datum Unterschrift				
	Bei Auslandskonten bitte angeben:	BIC		IBAN			
	internat. Bankleitzahl		internat. Konto-Nr.				

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen und tragen Sie in die Tabelle die einzelnen Rechnungsbeträge sowie die Summe(n) ein.

- **Liegt ein Unfall vor?** nein ja
 Bitte fügen Sie bei Verletzungen jeder Art eine Unfallschilderung bei und geben den etwaigen Haftpflichtigen an. Sofern Erkrankungen auf Verschleiß zurückzuführen sind, teilen Sie uns dies bitte auf dem entsprechenden Beleg mit.
 Wenn für die verletzte Person bei der Debeka Allgemeinen Versicherung AG eine Unfallversicherung besteht, beachten Sie bitte folgenden Hinweis:
 Die Unfallversicherung erhält durch Ihren Leistungsantrag **keine** Kenntnis von Ihrer Unfallmeldung. Möchten Sie den Unfall auch bei der Unfallversicherung melden und Ansprüche geltend machen, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder an unseren 24-Stunden-Schadenservice (08 00) 0 00 10 16.
- **Bei stationärer Krankenhausbehandlung:** Wurden Wahlleistungen in Anspruch genommen?
 nein ja (Bitte Wahlleistungsvereinbarung beifügen)
- **Beihilfeänderung:** Hat sich Ihr Beihilfeanspruch verändert?
 nein ja, für _____
- Besteht anderweitig Krankenversicherung oder Anspruch auf freie Heilfürsorge?
 nein ja, bei _____
- **Wichtig! Bei Auslandsbehandlung:** Besteht hierfür bei einem anderen Unternehmen Versicherungsschutz? nein ja
 Unternehmen _____ Versicherte Person _____ Vertrags-Nr. _____

Vorname																				
Geburtsdatum																				
Kostenart	Betrag Euro	ct	Betrag Euro	ct	Betrag Euro	ct	Betrag Euro	ct												
Arznei-/Verbandmittel																				
Ambulante Behandlungen																				
Krankenhaus																				
Zahnbehandlungen																				
Sonstiges																				
Pflegeversicherung																				
Summe Euro-Beträge																				

Bitte heften oder klammern Sie die Rechnungsbelege nicht und kleben Sie diese auch nicht auf, da wir die Belege einzeln scannen.