



Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Debeka Krankenversicherungsverein a. G.
ZD/P - Schriftwechsel
56058 Koblenz

Service-Nr.:

Direktabrechnungsvereinbarung mit dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G.

Erstattungsformular

Bitte legen Sie dieses Formular bei, wenn Sie im Rahmen des Direktabrechnungsverfahrens Rechnungen und Rezepte zur Erstattung an die Debeka übersenden. Damit tragen Sie zum reibungslosen Ablauf des Direktabrechnungsverfahrens bei. Vielen Dank!

Angaben zur Person	Service-Nr.		
	Vorname Name		
	Rechnungsbetrag (mind. 1.000,00 Euro)		Euro
Überweisungsdetails und Bankverbindung	Firma		
	IBAN		
	BIC		
	Kreditinstitut		
	Verwendungszweck		

Bei Rückfragen zum Direktabrechnungsverfahren erreichen Sie uns telefonisch unter der Rufnummer **0800 888008220** oder per E-Mail: **kundenservice@debeka.de**.