Barmenia Versicherungen

alle Felder für interne Vermerke der Barmenia

Leistungsauftrag

Barmenia
Krankenversicherung a. G.

Versicherungsnummer:

Bitte stets angeben!

Barmenia Krankenversicherung a. G.
Postfach 10 04 40

42004 Wuppertal

Bitte nutzen Sie die nebenstehende Adresse auch für Ihre sonstigen Zuschriften in Leistungsangelegenheiten.

Mit jeder Abrechnung erhalten Sie einen neuen Leistungsauftrag.

Name

Straße

PLZ/Wohnort

Tel. privat | Tel. dienstlich

Fax-Nr. privat | E-Mail-Adresse privat

Haben Sie Adress-/oder Kontoänderungen?
Teilen Sie uns diese bitte über ***barmenia.de/Service/Krankenversicherung/Online-Formulare*** *mit.*

☐ Bitte ankreuzen, wenn Sie einen Hinweis zu diesem Leistungsauftrag haben.

Sie helfen uns, wenn Sie die Belege in der von Ihnen eingetragenen Reihenfolge sortieren und sie nicht aufkleben. Vielen Dank!

Vorname:

Kostenart	**EUR**	**EUR**	**EUR**	**EUR**
ambulant Arzt- bzw. Heilpraktikerrechnungen; Arznei-, Verbandmittel; Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen); Hilfsmittel (z. B. Brillen)				
stationär Krankenhaus-/ Arztrechnungen, Transportkosten				
Zahn				
Sonstiges				
Summe	0,00	0,00	0,00	0,00

Gesamtsumme der Belege: 0,00

Bevor Sie Kostenbelege einreichen, lesen Sie bitte die Hinweise.

☐ Bitte ankreuzen, wenn Sie **Belege aus dem Ausland** einreichen.
Bitte geben Sie den genauen Zeitraum Ihres Auslandaufenthaltes an:

Datum von bis

Verfügen Sie
- über eine anderweitige Auslandsreise-Krankenversicherung oder
- über einen anderen Versicherungsschutz im Ausland (z. B. über den ADAC, Ihre Kreditkarte oder die Mitgliedschaft in einem Rettungsdienst)?

☐ nein ☐ ja, dann nennen Sie bitte nachfolgend den Namen der Gesellschaft sowie Ihre Versicherungs- bzw. Mitgliedsnummer:

Bemerkungen:

Ort / Datum

Unterschrift: