



B D A E G R U P P E

AUSZAHLUNG VON VERSICHERUNGSLEISTUNGEN EXPAT RETIRED

AUSZAHLUNGSBOGEN

BITTE FÜLLEN SIE FÜR DIE BEANTRAGUNG VON KOSTENERSTATTUNGEN DAS NACHFOLGENDE FORMULAR UND DIE AUFSTELLUNG AUF DER RÜCKSEITE AUS. BITTE FÜLLEN SIE IM SCHADENFALL PRO PERSON JEWEILS EIN ANTRAGSFOMULAR AUS UND SENDEN SIE DIESES AN:

BDAE HOLDING GMBH • KÜHNEHÖFE 3 • D-22761 HAMBURG

VERSICHERUNGSBERECHTIGTE(R):		
Name:		Vorname(n):
Aktuelle Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land):		Als Zustelladresse nutzen*: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fon (mit Landes- u. Ortsvorwahl):	Fax (mit Landes- u. Ortsvorwahl):	e-mail:
KONTOVERBINDUNG FÜR LEISTUNGSERSTATTUNG:		
Kto.-Inhaber:		
Bank:	Kto.-Nr.:	BLZ:
ZUSATZ FÜR AUSLÄNDISCHE KONTEN:		
Bankanschrift:	BIC/Swift:	IBAN:
ANGABEN ZU ANDERWEITIGEM AKTIVEN KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ:		
Besteht für die versicherte Person eine weitere Krankenversicherung*?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei:	Vers.-Nr.:
Beginn des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person (nur bei der erstmaligen Einreichung von Rechnungen erforderlich): (*bitte ankreuzen)		

Stand:15.07.2011

TRAGEN SIE BITTE DIE FÜR DIE ERSTATTUNG BEANTRAGTEN LEISTUNGEN IN DIE UMSEITIGE TABELLE EIN, BZW. LASSEN DIESE VON DEM BEHANDELNDEN ARZT VERVOLLSTÄNDIGEN!

FÜR RÜCKFRAGEN WENDEN SIE SICH BITTE AN:
SABRINA JUNGCLAUS
FON: +49-40-30687411 • FAX: +49-40-30687490
E-MAIL: LEISTUNG@BDAE.DE

