

Leistungsantrag

Anschrift des Versicherungsnehmers:

Tagsüber telefonisch erreichbar _____

Fax-Nr. _____

Versicherungs-Nummer:

Bankverbindung unverändert

Neu:

Kontonummer

Bankleitzahl

bei _____
(Genau Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts.)

Kontoinhaber: Versicherungsnehmer

Bitte überweisen Sie alle künftigen Leistungen auf das angegebene Konto.

Dieses Konto ist künftig auch für den Beitragseinzug in der Krankenzusatzversicherung gültig.

Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer

Wichtig: Nach § 194 VVG erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung grundsätzlich an den Versicherungsnehmer.

Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite.

Aufstellung der eingereichten Belege:

Bitte ankreuzen, wenn Belege in Fremdwährung enthalten sind.

Vorname ggf. Geburtsdatum						
Kostenart	Beleg vom		Betrag	Beleg vom		Betrag
Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR
Gesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____, ____ EUR

Bitte senden Sie den Leistungsantrag mit den Anlagen an umseitige Anschrift

Insgesamt Betrag in Euro, Cent

Bayerische Beamten Versicherung AG
96437 Coburg

■ **Wichtige Hinweise für das Einreichen der Belege**

Wir sind gemeinsam daran interessiert, Ihnen die tarifliche Leistung schnell auszuzahlen. Dieser Vordruck soll Ihnen eine kleine Hilfe sein: Sie brauchen keinen Begleitbrief zu schreiben und können sich zusätzlich einen Überblick über die Belege verschaffen.

Auch wir haben durch diesen Leistungsantrag einen Vorteil: Die Daten die Sie eintragen, können wir elektronisch verarbeiten. Dies spart Verwaltungskosten und wirkt sich letztlich vorteilhaft auf Ihre Beiträge aus.

Bitte **sortieren** Sie die Belege nach den versicherten Personen und klammern Sie diese bitte nicht. Ist ein Familienmitglied unter einer anderen Vertragsnummer bei uns versichert, verwenden Sie bitte den hierfür vorgesehenen Leistungsantrag.

Bei Rechnungen aus dem **Ausland** beschreiben Sie uns bitte kurz die Art der Behandlung. Nennen Sie uns dabei auch das Land, in dem die Behandlung erfolgte und in welcher Währung die Rechnung gestellt wurde.

Sie erhalten mit unserem Abrechnungsschreiben einen neuen Vordruck.

■ **Haben Sie Fragen?**

Vertrags- oder Bestandsfragen beantworten wir Ihnen gerne zu unseren Geschäftszeiten* unter 089-67 87-11 11, Leistungsfragen unter 089-67 87-50 60.

■ **Sind Belege auf einen Unfall zurückzuführen? (Dann bitten wir um die nachfolgenden Informationen.)**

Verletzte Person: _____ Datum des Unfalls: _____

Art der Verletzung: _____

- Freizeitunfall
- Dienst-, Berufs-, Kindergarten-, Schul-, Wegeunfall
- Beteiligung eines Kraftfahrzeugs
- Unfall mit Beteiligung Dritter

Bitte schildern Sie kurz den Unfall:

* unsere Geschäftszeiten: Montag-Freitag 8.00 bis 18.00 Uhr