

Bitte zurück an:

Team Gesundheit
DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
Postfach 19 05 40
42705 Solingen

Absender: _____, * _____, Kundennummer: _____

Antrag auf Kostenerstattung

Hiermit beantrage ich

mit sofortiger Wirkung mit Wirkung ab _____

die Durchführung der Kostenerstattung anstelle der Sach- und Dienstleistungen. Die Kostenerstattung soll für folgende Leistungen durchgeführt werden:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Versorgung | <input type="checkbox"/> zahnärztliche Versorgung |
| <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung | <input type="checkbox"/> veranlasste Leistungen (z. Bsp. Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel) |

Die Kostenerstattung soll für folgende Personen in Anspruch genommen werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer

Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer

Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer

Die Erstattung erfolgt nach den Vorschriften der Kassensatzung. Bitte überweisen Sie die Beträge auf folgendes Konto:

Bank Bankleitzahl Kontonummer

Datum Telefon Unterschrift des Mitglieds oder Familienversicherten Unterschrift des gesetzlichen Vertreters*

* nur erforderlich, wenn der Versicherte das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Absender: _____, * _____, Kundennummer: _____

Erklärung des Versicherten der Krankenkasse zur Inanspruchnahme des Wahlrechtes

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Kostenerstattung dem Grunde und der Höhe nach auf zugelassene Vertragsleistungen beschränkt ist. Zusätzlich zu den gesetzlichen Zuzahlungen sind Rabatte und Abschläge für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung und Verwaltungskosten vom Rechnungsbetrag in Abzug zu bringen.

Mir ist bekannt, dass die BERGISCHE Krankenkasse die von mir geltend gemachten medizinischen oder sozialen Gründe zur Inanspruchnahme eines zu Kassenlasten nicht zugelassenen Leistungserbringers vorab prüft. Dies geschieht unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und unter der Voraussetzung, dass eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Mir ist bekannt, dass mit der Zustimmung der BERGISCHEN Krankenkasse zur Inanspruchnahme dieses Leistungserbringers keinerlei haftungsrechtliche Konsequenzen für die BERGISCHE Krankenkasse verbunden sind.

Ferner ist mir bekannt, dass Antragsleistungen **vor** der Inanspruchnahme bei der BERGISCHEN Krankenkasse zu beantragen sind. Antragsleistungen, welche nicht vor Behandlungsbeginn genehmigt wurden, können von mir nicht geltend gemacht werden.

Meine Krankenversicherungskarte bzw. die meiner Familienangehörigen habe ich dieser Erklärung beigefügt .

Datum, Unterschrift des Mitgliedes