

Weiterleitung von Dokumenten bei Bestehen einer privaten Krankenzusatzversicherung bei dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G.

Debeka BKK
56048 Koblenz

Einzureichende Dokumente



Reichen Sie mit diesem Antrag bitte nur Heil- und Kostenpläne für Zahnersatz (bitte auch Bonusheft beifügen), Rechnungen für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte oder Heilpraktiker sowie Rechnungen für Behandlungen im Krankenhaus oder im Ausland ein.

I. Ihre Daten

Bitte ausfüllen, sofern Sie eine Kostenerstattung beantragen


| | |
|---------------------------|--|
| Vorname | Vorname und Name des Kontoinhabers |
| Name | |
| Geburtsdatum | IBAN |
| BKK-Versicherten-Nr. | BIC |
| Debeka-Service-Nr. | Bank |


II. Vereinfachte Weiterleitung von Dokumenten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Weiterleitung an den Debeka Krankenversicherungsverein a. G. zur Leistungsauskunft/-gewährung

Ich willige ein, dass die Debeka BKK nach Vermerk ihrer gesetzlichen Leistung meine eingereichten **Belege** (z. B. Rechnung vom Zahnarzt, Heilpraktiker, Krankenhaus) bzw. Kopien (z. B. Kopie des Heil- und Kostenplans für Zahnersatz) zur Prüfung einer Leistung aus meiner privaten Debeka-Krankenzusatzversicherung an den Debeka Krankenversicherungsverein a. G. weitergibt. Die Debeka BKK informiert Sie über die (voraussichtliche) Höhe ihrer Kostenbeteiligung. Die Auskunft über eine etwaige Leistung des Debeka Krankenversicherungsvereins a. G. erhalten Sie mit separatem Schreiben.

Insoweit und insbesondere im Hinblick auf die in den Belegen enthaltenen Gesundheitsdaten entbinde ich die Debeka BKK von ihrer Schweigepflicht. Die Abgabe der Einwilligung dient der Vereinfachung des Verfahrens und ist freiwillig. Sie hat keine Auswirkungen auf die mir zustehenden Leistungen.

Ort, Datum

 Unterschrift des Debeka BKK-Mitglieds, ggf. des Familienangehörigen.
 Mit der Unterschrift erklärt das Mitglied, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Ort, Datum

 Unterschrift des Versicherungsnehmers der Debeka-Krankenzusatzversicherung
 Bitte unbedingt links UND rechts unterschreiben, da sonst nicht wirksam.