Servicekontor®
capital & insurance

Bitte per Fax an 0340 - 2 21 43 78 !

fon (0340) - 2 21 40 98 * mail: servicekontor.dessau@arcor.de
Servicekontor ® * Ferdinand-von-Schill-Str. 23 * 06844 Dessau

Einreichungsbogen für Arzt und Krankenhausrechnungen zur Erstattung

Vor-& Nachname		Geburtsdatum
Straße & Hausnummer		PLZ & Ort
Erreichbarkeit telefonisch (für Rückfragen)	Erreichbarkeit per e-Mail (für Rückfragen)	

Bitte fügen Sie alle Rechnungen und Rezepte im Original bei und bewahren Sie Ihre Kopie auf.

Rechnung von (Arzt oder Krankenhaus)	Behandlungsdatum	Abgerechnete Leistung (Behandlung / Medikament / Brille /Zahnersatz etc.)	Betrag der Rechnung
		Summe	€0,00

Bitte geben Sie die Bankverbindung an, auf welche die Schadensersatzzahlung erfolgen soll:

Bank	BLZ	Kontonummer	Kontoinhaber ,falls nicht identisch

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteillungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.
Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern-; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich für die/den von mir gesetzlich vertretene(n) ab, die/der die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen kann.

Datum: Versicherungsnehmer: Versicherte Person: