KUVECKE FINANZKONTOR GMBH & CO. KG

Mannheimer Krankenversicherung AG

Abteilung Leistung – KV 3
Augustaanlage 66
68165 Mannheim

Tel: 0621 / 4574-611
Fax: 0621 / 4574-525

Absender:

Versicherungsschein Nr.:

Mannheimer Krankenversicherung AG
Abteilung Leistung – KV 3
Augustaanlage 66
68165 Mannheim

Belege bequem einreichen
Mit diesem Formular sparen Sie sich ein eigenes Anschreiben und helfen uns zugleich bei der Bearbeitung Ihrer Belegeinreichungen.

Einfach ausfüllen und mit den Originalbelegen an die nebenstehende Adresse senden. Danke!

Bitte tragen Sie die einzelnen Belege in die Tabelle ein:

Versicherte Person		Versicherte Person		Versicherte Person		Versicherte Person	
Name:		Name:		Name:		Name:	
Rechnungen/Rezepte (Bitte ARZT- Rechnungen ab 1.000 EUR in nächster Rubrik aufführen)							
Behandler	EUR	Behandler	EUR	Behandler	EUR	Behandler	EUR
Summe		Summe		Summe		Summe	
ARZT-Rechnungen **ab 1.000 Euro**							
Behandler	EUR	Behandler	EUR	Behandler	EUR	Behandler	EUR
Summe		Summe		Summe		Summe	
ZAHN - Rechnungen							
Behandler	EUR	Behandler	EUR	Behandler	EUR	Behandler	EUR
Summe		Summe		Summe		Summe	

ZAHN - Heil- und Kostenplan: ☐ Heil- und Kostenplan liegt bei.

Krankentagegeld: ☐ Ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ("Pendelformular") liegt bei.

sonstige Unterlagen: ☐ _____

_____

Die Überweisung des Erstattungsbetrages soll

☐ auf das Konto erfolgen, von dem die Beiträge abgebucht werden.

☐ auf das Konto Nr. _____ Bankleitzahl Nr. _____ erfolgen.

Mir ist bekannt, dass die Mannheimer Krankenversicherung AG zur Beurteilung der Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlaßten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrages oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer	Unterschrift versicherte Person/en