Vom Versicherten auszufüllen!

Familienname Vorname Vers. Nr. Geb. Datum

Patient

__ __ __ __ . __ __ __ __ __ __

Anschrift

Versicherter (bei Inanspruchnahme von Leistungen durch Angehörige)

__ __ __ __ . __ __ __ __ __ __

Beschäftigt bei (Dienstgeber/Ort)

An die

_____

_____

_____

(Versicherung angeben)

Ort, Datum:_____

ANTRAG AUF KOSTENRÜCKERSTATTUNG

Als Versicherter Ihrer Anstalt reiche ich beiliegende Honorarnote zur Kostenrückerstattung ein und beantrage die Überweisung des mir gebührenden Betrages auf mein Konto:

IBAN: _____

BIC/SWIFT: _____

Bei: _____

Weiters beantrage ich die detaillierte Aufschlüsselung des mir gewährten Kostenersatzes.
Für den Fall des nicht vollständigen Ersatzes der von mir mittels beiliegender Belege nachgewiesenen Auslagen, Nichterfüllung an die von mir bezeichnete Zahlstelle oder ablehnende Behandlung meines Leistungsansuchens stelle ich gemäß § 367 Abs. 1 Z. 2 ASVG den

ANTRAG

auf formelle und bescheidmäßige Ausfertigung nach den Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes mit entsprechender schriftlicher Begründung.

Hochachtungsvoll

Unterschrift des Versicherten