

Vom Versicherten auszufüllen!

Familiennam	Vorname	Vers. Nr.	Geb. Datum
Patient			

_____ . _____

Anschrift

Versicherter (bei Inanspruchnahme von Leistungen durch Angehörige)

_____ . _____

Beschäftigt bei (Dienstgeber/Ort)

An die Ort, Datum: _____

(Versicherung angeben)

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