

R+V Versicherung (08)  
65181 Wiesbaden

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_78\_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

**Damit wir künftig Ihre Belege schnell bearbeiten können, nutzen Sie bitte dieses Formular.**

<b>Versicherte Person</b>	_____	_____	_____	_____
<b>Kosten</b>	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
<b>Summe</b>	_____	_____	_____	_____
<b>Gesamtsumme für alle Personen</b>				_____

**Hat sich die Bankverbindung für Ihre Erstattungen geändert? Wenn ja, tragen Sie bitte die Daten hier ein.**

**Änderung:**     einmalig     dauerhaft

IBAN            \_\_\_\_\_

Bank            \_\_\_\_\_

Kontoinhaber    \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

## **Allgemeine Hinweise zum Einreichen Ihrer Belege**

Bitte prüfen Sie, welche Leistungen Ihr Tarif konkret enthält.

### **Arzneimittel**

Erstattungsfähige Arzneimittel muss eine Ärztin/ein Arzt oder eine Heilpraktikerin/ein Heilpraktiker verordnen. Die Arzneimittel müssen Sie aus der Apotheke beziehen. Schicken Sie uns Rezepte einzeln und prüfen die Rückseite. Bitte legen Sie nicht mehrere Rezepte auf eine Seite.

### **Ausland**

Bitte schicken Sie uns Auslandsbelege immer im Original und nicht über die App.

Wenn ein anderer Versicherer oder die gesetzliche Krankenversicherung vorleistet, schicken Sie uns stattdessen Kopien mit einem Vorleistungsvermerk. Teilen Sie uns bitte Reisedaten, Reiseland, Währung und Diagnose mit. Informieren Sie uns auch, wenn Sie eine weitere Krankenversicherung für das Ausland haben: Kreditkarte, Schutzbrief etc.

### **Brillen und Kontaktlinsen (Sehhilfen)**

Bitte schicken Sie uns die Optikerrechnung mit Angabe der einzelnen Leistungen und der Sehstärke.

### **Heil- und Hilfsmittel**

Schicken Sie uns bitte die Rechnung und die ärztliche Verordnung. Diese muss enthalten: Ausstellende, Ausstellungsdatum, behandelte Person, Diagnose, Art der Leistung und Anzahl.

### **Rechnungen**

Erstattungsfähige Rechnungen müssen diese Daten enthalten: Ausstellende und Datum der Rechnung, behandelte Person, Diagnose, Behandlungszeiträume, erbrachte Leistungen, Einzelpreise und den Gesamtbetrag.

### **Ersatzkrankenhaustagegeld/Wahlleistungen**

Wurden Sie stationär behandelt und haben Wahlleistungen nicht genutzt? Schicken Sie uns bitte eine Bescheinigung des Krankenhauses mit Patientennamen, Diagnose und Behandlungszeitraum. Nennen Sie uns die Wahlleistungen, auf die Sie verzichtet haben.

### **Krankenhaustagegeld**

Wir benötigen eine ärztliche Bescheinigung mit diesen Daten: Name der Klinik, behandelte Person, Diagnose, Beginn und Ende der stationären Behandlung.

### **Krankentagegeld**

Informieren Sie uns bitte innerhalb der Karenzzeit über den Beginn der Arbeitsunfähigkeit und die Diagnose. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger an, erhalten Sie von uns weitere Informationen.

### **Zahnersatz**

Bevor die Behandlung beginnt, schicken Sie uns bitte den Heil- und Kostenplan. Einige Tarife setzen unsere vorherige Zusage voraus, um eine volle tarifliche Erstattung zu bekommen.

Zusammen mit der Rechnung schicken Sie uns bitte auch die Aufstellung der Material- und Laborkosten.

Haben Sie bei uns eine Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)? Dann schicken Sie uns auch einen Nachweis über den Festzuschuss der GKV, z. B. das abgerechnete Kassenblatt.