

ANTRAG AUF KOSTENRÜCKERSTATTUNG

Einzureichen bei der:

Patient

Familienname:

Vers.Nr.:

Vorname:

Anschrift

Straße:

Tel.Nr.:

PLZ / Ort:

e-mail:

Versicherter

Familienname:

Vers.Nr.:

Vorname:

Beschäftigt bei Dienstgeber:

Dienstort:

Bankverbindung

Kontonummer:

BLZ:

Als Versicherter Ihrer Anstalt reiche ich beiliegende Honorarnote zur Kostenerstattung ein und beantrage die Überweisung des mir zustehenden Beitrags auf das oben angegebene Konto.

Weiteres beantrage ich die detaillierte Aufschlüsselung des mir zu gewährenden Kostenersatzes.

Für den Fall des nicht vollständigen Ersatzes der von mir nachgewiesenen Auslagen und der Nichterfüllung an die von mir bezeichnete Zahlstelle oder

der ablehnenden Behandlung meines Leistungsansuchens stelle ich gem. § 367 Abs.1 ASVG den Antrag auf formelle und Bescheid mäßige Ausfertigung nach den Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 mit entsprechender schriftlicher Begründung.

Wien,
Patient

Unterschrift