

muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Wirerstraße 10
4820 Bad Ischl

Ansuchen um Kostenrückerstattung

Polizzenummer: _____

Bitte unbedingt angeben!

Kundennummer: _____

Art des Versicherungsschutzes:

Krankenversicherung Wahlarzt

Vor- und Nachname des Versicherungsnehmers: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Für eventuelle Rückfragen bitte unbedingt angeben!

Diagnose: _____

Es wird um Abrechnung folgender Leistungen gebeten: _____

Um Überweisung des leistungspflichtigen Betrages auf folgendes Konto wird gebeten:

Kontoinhaber: _____ Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Um Bezahlung der offenen Rechnung bei folgender Krankenanstalt wird gebeten:

Folgende Unterlagen liegen bei: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____