

Vom Versicherten auszufüllen!

Familienname _____ Vorname _____ Versicherungsnummer _____

Patient: _____
Tag Monat Jahr

Anschrift: _____

Versicherter:
Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist
Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort) _____

die _____

(Ort, Datum)

(Versicherungsnummer angeben)

Antrag auf Kostenrückerstattung

Als Versicherter Ihrer Anstalt reiche ich umseltige Wahlarzthonorarnote zur Kostenerstattung ein und beantrage die Überweisung des mir gebührenden Betrages auf mein Konto Nr. _____

der _____
(Geldinstitut)

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

Für den Fall des nicht vollständigen Ersatzes der von mir nachgewiesenen Auslagen, der Nichterfüllung an die von mir bezeichneten Zahlstelle oder der ablehnenden Behandlung meines Leistungsantrages stelle ich gemäß § 367 Abs. 1 Z. 2 ASVG den

Antrag

auf formelle und bescheidmäßige Ausfertigung nach den Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 mit entsprechender schriftlicher Begründung.

Hochachtungsvoll

(Unterschrift des Versicherten)