Versicherungsnummer

HALLESCHE
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

Anschrift des
Versicherungsnehmers:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Kurzmitteilung für Rechnungen

Anzahl der eingereichten Belege ☐☐ **Im Gesamtwert von €** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag

☐ auf das Konto:

IBAN BIC

Geldinstitut

☐ auf folgendes Konto:

IBAN BIC

Geldinstitut

Rechnungs-Check – Beitragsrückerstattung/Selbstbehalt

☐ Ich wünsche keine Auszahlung. Bitte prüfen Sie meine unbezahlte(n) Arztrechnung(en) auf gebührenrechtliche und rechnerische Richtigkeit und informieren Sie mich über das Rechnungs-Check-Ergebnis (z. B. weil der Selbstbehalt noch nicht erreicht ist oder die Beitragsrückerstattung in Anspruch genommen werden kann)

Heil- und Kostenplan/Kostenvoranschlag

☐ Bitte prüfen Sie den zahnärztlichen Heil- und Kostenplan

☐ Bitte prüfen Sie den Kostenvoranschlag für Hilfsmittel bzw. unterstützen Sie mich durch Ihren Hilfsmittelservice

Bemerkungen: _____