

Versicherungsnummer:

An die Leistungsabteilung des  
MÜNCHENER VEREIN  
Krankenversicherung a.G.  
Postfach  
80283 München

**Bitte erstatten Sie auf mein Konto:**

Konto-Nummer:

Bankleitzahl:

Konto-Inhaber(in):

## Mein Erstattungsantrag zur schnellen Bearbeitung der Belege

**Neue Adresse /  
neues Erstattungs-  
konto (falls Ände-  
rung gewünscht) /  
neue Telefon-  
nummer(n)**

Soll das neue Erstattungskonto (wie vorstehend) auch für den Beitragseinzug gelten?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer/-in

(nur notwendig, wenn Adress- oder Kontodaten geändert werden sollen)

Für folgende Personen sind Belege beigelegt:

Vorname



Geburtsdatum

### Wichtiger Hinweis für unsere Kunden zur zügigen Bearbeitung von Erstattungsanträgen.

Sie können uns helfen, Ihre Unterlagen zügig zu bearbeiten, indem Sie:

- ✓ Ihre Belege **immer** mit diesem Vordruck einreichen. Sie können diesen Bogen für mehrere versicherte Personen gleichzeitig benutzen
- ✓ die Rechnungsbelege bitte **nicht heften, klammern oder aufkleben, keinen Textmarker verwenden und nicht selbst beschriften**
- ✓ grundsätzlich die **Originalbelege ohne die Überweisungsträger, Rechnungsdurchschriften oder Apothekenquittungen** an uns schicken.  
Wenn ein Erstversicherer (z.B. eine gesetzliche Krankenversicherung) schon Teilerstattungen vorgenommen hat, reicht uns eine Rechnungskopie mit dem Vorleistungsvermerk
- ✓ die **Belege sortieren**, z.B. mehrseitige Belege in korrekter Seitenreihenfolge

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

**Bitte beachten Sie, dass Ihre Unterlagen nach Eingang gescannt und archiviert werden, die Originale werden im Nachgang vernichtet. Gerne senden wir Ihnen bei Bedarf Reproduktionen zu.**