

Allianz  
Private Krankenversicherungs-AG  
10870 Berlin

Versicherungs-Nummer

Bankverbindung:

Kontoinhaber:

Konto-Nr.:

BLZ:

## Kostenerstattung für Versicherungs-Nummer

bitte verwenden Sie für eine reibungslose und schnelle Kostenerstattung dieses Deckblatt und legen Sie die Belege **bitte ungeheftet** bei. Für Rückfragen geben Sie bitte Ihre **Telefonnummer tagsüber** an. Falls Sie von den folgenden Fragen betroffen sind, machen Sie bitte die entsprechenden Angaben und unterschreiben unten rechts.

### • Kontoänderung

Möchten Sie Ihre Kontodaten ändern?

Ja, neuer Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

neue Kontonummer: \_\_\_\_\_, bei der \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Die Kontoänderung gilt für:  nur diesen Antrag  alle Anträge ab jetzt

Leistungsabrechnungen  Beitragsabruf  Beitragsrückerstattung

### • Verwandtenbehandlung

Sind Rechnungen für Behandlungen durch Angehörige (Ehegatte, Eltern oder Kinder der behandelten Person) beigelegt?

Ja, Leistungserbringer: \_\_\_\_\_ (bitte Rechnung kennzeichnen)

### • Unfälle

Sind Rechnungen (z.B. Arztrechnungen, Rezepte) auf Unfälle jeglicher Art (z.B. auch Vergiftungen, Verletzungen durch Tiere) und/oder deren Folgen zurückzuführen?

Ja

Falls Ja, ist der Unfall im eigenen Haushalt/auf dem eigenen Grundstück passiert?

Nein  Ja

War ein außenstehender Dritter beteiligt?

Nein  Ja

### • Zusatzangaben

Für ergänzende Angaben oder Hinweise, die Sie uns geben möchten, finden Sie hier Platz. Sie können auch gerne ein Beiblatt verwenden.

---

---