

ARAG Krankenversicherung  
Hollerithstraße 11  
81829 München

**Versicherungsschein-Nummer** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer** \_\_\_\_\_

## Leistungsantrag

**Anzahl der Belege**

**Gesamtbetrag in Euro**

 , 

**Liegt ein Unfall vor?**

ja

nein

**Ich wünsche die Überweisung**

**auf das Konto, von dem die Beiträge abgebucht werden**  
(optional: letzte vier Ziffern der Kontonummer zur Kontrolle)

**auf das nachstehende Konto:**

Geldinstitut

Bankleitzahl

Kontonummer

Kontoinhaber

**direkt an den Rechnungssteller (Arzt, Zahnarzt usw.)**

**Tagsüber telefonisch erreichbar unter**

**Raum für Mitteilungen an die ARAG Krankenversicherung**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Versicherungsnehmers**