HALLESCHE Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit

HALLESCHE

HALLESCHE

Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

70166 Stuttgart

Versicherungsnummer

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:

Kontonummer Bankleitzahl

Geldinstitut

☐ auf folgendes Konto:

Kontonummer Bankleitzahl

Geldinstitut

Rechnungs-Check – Beitragsrückerstattung/Selbstbehalt

gilt für unbezahlte Arztrechnungen ab 150,– € Rechnungsbetrag

☐ Ich wünsche keine Auszahlung. Bitte informieren Sie mich über das Rechnungs-Check-Ergebnis
(z. B. weil der Selbstbehalt noch nicht erreicht ist oder die Beitragsrückerstattung in Anspruch genommen werden soll).

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: