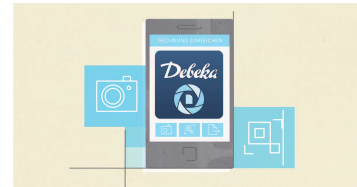


Debeka
Leistungszentrum Koblenz
56078 Koblenz

Jetzt neu:

Reichen Sie Ihre Belege online mit der Debeka Leistungs-App ein.
Weitere Informationen unter: www.debeka.de/leistungs-app.



Hinweise zum Leistungsauftrag

Ausfüllen des Formulars

Ihr Leistungsauftrag wird maschinell gelesen. Füllen Sie ihn daher bitte deutlich lesbar mit Kugelschreiber und in Druckbuchstaben aus. Tragen Sie bitte die einzelnen Rechnungsbeträge und die Summe/n in die Tabelle ein. Vielen Dank.

Name / Anschrift / Bankverbindung

Informieren Sie uns bitte über Änderungen.

Arztrechnungen

Rechnungen müssen die Diagnose, den Namen der behandelten Person, den Behandlungszeitraum und eine Aufstellung der ärztlichen Leistungen enthalten. Bei Rechnungen in ausländischer Währung geben Sie bitte den Umrechnungskurs an und fügen Sie eine Übersetzung bei. Sofern andere Kostenträger (z. B. eine gesetzliche Krankenkasse) auch Leistungen übernehmen, lassen Sie bitte diese Vorleistung auf der Rechnung vermerken.

Rezepte

Achten Sie bitte darauf, dass auf Rezepten immer der Entnahmestempel der Apotheke angebracht ist. Wenn möglich, fügen Sie bitte die dazugehörige Arztrechnung bei.

Heil- und Hilfsmittel

Reichen Sie Belege über Heil- und Hilfsmittel bitte nur zusammen mit der ärztlichen Verordnung ein.

Versicherungsschutz nach den Beihilfeergänzungstarifen

Bitte fügen Sie den Rechnungen für Heilpraktikerbehandlungen, Hilfsmittel oder zahntechnische Leistungen/Praxiskosten eine Kopie der Beihilfeabrechnung bei.

Unfall

Sofern es sich um einen Dienst-, Arbeits-, Uni-, Schul- oder Kindergartenunfall bzw. einen Unfall als ehrenamtlich Tätige/r oder als nicht erwerbsmäßig tätige häusliche Pflegeperson handelte, bestehen ggf. Ansprüche gegen Ihren Dienstherrn, die Berufsgenossenschaft oder die gesetzliche Unfallversicherung.

Bitte lassen Sie daher zunächst die Vorleistung des entsprechenden Kostenträgers auf der Rechnung vermerken.

Krankheitskostenvollversicherung – Hohe Beitragsrückerstattung

- Bevor Sie den Leistungsauftrag ausfüllen, sollten Sie prüfen, ob die Beitragsrückerstattung (BRE) für Sie günstiger ist. Ihre Geschäftsstelle kann Ihnen die Höhe der BRE nennen. Warten Sie am besten erst einmal ab, ehe Sie kleinere Rechnungen einreichen. Einen eventuellen Beihilfeanspruch können Sie unabhängig von unserer Leistung geltend machen.
- Entscheidend für die Leistungsfreiheit ist, wann die Behandlung stattgefunden hat, wann Arznei- oder Heilmittel bezogen bzw. Hilfsmittel bestellt wurden. Das Ausstellungsdatum der Rechnung bzw. der Zeitpunkt der Vorlage von Kostenbelegen sind nicht maßgebend.

Sicherheit und Vorsorge für Sie und Ihre Familie!

Ich möchte nähere Informationen über:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> Hausrat- und Glasversicherung | <input type="checkbox"/> Bausparen |
| <input type="checkbox"/> Private Pflegeversicherung | <input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> Wohngebäudeversicherung | <input type="checkbox"/> Baufinanzierung |
| <input type="checkbox"/> Lebens- und Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung | <input type="checkbox"/> Kfz-Versicherung | <input type="checkbox"/> Geldanlage |

Informationen über unsere Produkte können Sie auch im Internet unter www.debeka.de abrufen! Folgen Sie uns auch in den sozialen Netzwerken: www.debeka.de/socialmedia.




Bitte mit Kugelschreiber und in Druckbuchstaben ausfüllen.

Bitte senden Sie mir eine Leistungsmitteilung ☐

Ich benötige neue Auftragsformulare ☐

Reichen Sie Ihre Belege direkt online ein.

Informationen unter: www.debeka.de/leistungs-app

Service-Nr.	Namens-/Anschriftenänderung		Hier bitte nichts eintragen 
Name:		Telefon privat	Datum
Straße:		Telefon dienstlich	Pers.-Nr.
PLZ/Ort:			Ablage-Nr.
Nur angeben bei abweichender Bankverbindung			
BIC		IBAN	
Kontoinhaber		Datum, Unterschrift	

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen und tragen Sie in die Tabelle die einzelnen Rechnungsbeträge sowie die Summe(n) ein.

- Bitte fügen Sie bei Verletzungen jeder Art eine Unfallschilderung bei und geben Sie den etwaigen Unfallverursacher an. Sofern Erkrankungen auf Verschleiß zurückzuführen sind, teilen Sie uns dies bitte auf dem entsprechenden Beleg mit.

Die Unfallversicherung erhält durch Ihren Leistungsauftrag **keine** Kenntnis von Ihrer Unfallmeldung. Möchten Sie den Unfall auch bei der Unfallversicherung melden und Ansprüche geltend machen?

- **Bei stationärer Krankenhausbehandlung:** Wurden Wahlleistungen in Anspruch genommen?

- ☐ nein ☐ ja (Bitte fügen Sie die Wahlleistungsvereinbarung bei.)

- ☐ nein ☐ ja, für _____

- ☐ nein ☐ ja, bei _____

- Unternehmen _____ versicherte Person _____ Vertrags-Nr. _____

Vorname																
Geburtsdatum																
Kostenart	Betrag EUR		ct	Betrag EUR		ct	Betrag EUR		ct	Betrag EUR		ct				
Arznei-/Verbandmittel																
ambulante Behandlungen																
Krankenhaus																
Zahnbehandlungen																
sonstiges																
Pflegeversicherung																
Summe Euro-Beträge																