

**Erstattungsvorblatt für die Auslandskrankenversicherung**

AW-  
 Versicherungsnummer | Tarif  AW24  AW-EH  AW-PLUS  AW24-RK  AW24-DR

**Angaben zum Versicherungsnehmer / zur versicherten Person**

Trägerorganisation

Name des Versicherten | Vorname | Geburtsdatum

Adresse des Versicherten: Straße, Hausnummer | PLZ | Ort

Telefonnummer | E-Mail

**Für die Tarife AW24, AW-EH, AW-PLUS und AW24-DR**

Hiermit beantrage ich die Erstattung der mir entstandenen Krankheitskosten. Zu diesem Zweck übersende ich Ihnen anliegend **im Original**:

Art	Anzahl	Betrag	Währung
Arztrechnung(en)			
Arzneimittelrechnung(en)			
Krankenhausrechnung(en)			
Hilfs- / Heilmittelrechnung(en)			
Sonstige Kostenbelege			

**Für den Tarif AW24-RK**

Hiermit beantrage ich die Erstattung der Restkosten nach Vorleistung der gesetzlichen Versicherung. Anbei die Abrechnung der gesetzlichen Krankenversicherung.

**Ich wurde behandelt wegen:**

Diagnose

**Zahlungsangaben (Kostenerstattung auf folgendes Konto)**

Ich bitte um Erstattung auf folgendes Euro-Konto:

Name des Kontoinhabers

IBAN | BIC

Ich bitte um Erstattung auf folgende internationale Bankverbindung: (es können Bank und/oder Umrechnungsgebühren anfallen)

Name und Adresse des Kontoinhabers

Name und Adresse der Bank

Währung des Kontos | Account No. | Routing No. | SWIFT/BIC

**Schweigepflichtentbindung**

Ich entbinde hiermit Ärzte, die mich behandeln bzw. behandelt haben, Krankenanstalten, sowie Versicherungsunternehmen, Behörden und andere Stellen von der Schweigepflicht und bevollmächtige die DR-WALTER GmbH/Central Krankenversicherung AG zur Einholung aller notwendigen Auskünfte zur Prüfung ihrer Leistungspflicht. Dies bestätige ich durch meine folgende Unterschrift.

Ort, Datum | Unterschrift