



NÜRNBERGER Krankenversicherung AG  
Leistung  
Ostendstraße 100  
90346 Nürnberg

## Ihr Erstattungsantrag

Versicherungsschein-Nummer

Name des Versicherungsnehmers

Sie können dieses Formular verwenden, um uns Rechnungen und/oder Kostenvoranschläge einzureichen. Letztere legen Sie bitte zuoberst. Wenn Sie eine Kostenübernahme für Hilfsmittel beantragen möchten, schicken Sie uns bitte auch einen ärztlichen Befundbericht mit.

So können Sie zu einem reibungslosen Ablauf beitragen:

1. Verzichten Sie bitte darauf, die Belege zu klammern, zu heften, aufzukleben oder Haftnotizen anzubringen. Bitte bewahren Sie die Originale bei Ihren Unterlagen auf. Wir behalten uns vor, sie im Einzelfall anzufordern.
2. Schicken Sie Rechnungen für Heil- oder Hilfsmittel (z. B. Massagen, orthopädische Einlagen) immer zusammen mit der ärztlichen Verordnung an uns.
3. Rechnungen für Zahnersatz schicken Sie uns bitte zusammen mit den Laborrechnungen.

Wurde eine versicherte Person wegen einer Verletzung (z. B. Unfälle im Verkehr, in der Freizeit, im Haushalt) behandelt? Schildern Sie uns bitte kurz den Unfallhergang, ggf. auf einem gesonderten Blatt.

War ein Dritter am Unfallgeschehen beteiligt?

Nein

Ja, dann teilen Sie uns bitte folgende Angaben mit:

Name und Anschrift des Unfallverursachers

---

---

Aktenzeichen und Kontaktdaten Ihres Anwalts

---

---

Bei Arbeits-, Schul- oder Kindergartenunfällen legen Sie die Rechnungen bitte zuerst der gesetzlichen Unfallversicherung vor. Falls danach Kosten verbleiben, senden Sie uns bitte Kopien mit dem Erstattungsvermerk bzw. dem Bescheid des gesetzlichen Kostenträgers.

Auf unserer Homepage können Sie sich das Formular „Aufstellung ärztlicher Behandlungskosten“ herunterladen:

<http://www.nuernberger.de/behandlungskosten>



Noch einfacher:

Sie senden uns Ihren Erstattungsantrag per App – dann genügt es, wenn Sie die Belege fotografieren.

Dafür gibt es jetzt die praktische EasyScan-App der NÜRNBERGER Krankenversicherung. Diese finden Sie im App Store oder bei Google Play. Bewahren Sie die Originale aber bitte immer auf, falls wir diese benötigen sollten.

Meine Anschrift/Mein Name hat sich geändert (Bei Namensänderung bitte lesbare Ausweiskopie beifügen)

Änderung der Kontoverbindung

Bitte beachten Sie: Aufgrund vertraglicher Vereinbarungen können wir Leistungen nur an den Versicherungsnehmer auszahlen. Wenn wir auf das Konto eines Dritten überweisen sollen, benötigen wir unbedingt die Unterschrift unseres Versicherungsnehmers. Wichtig: Überweisungen an den Rechnungsteller sind nicht möglich:

Diese Kontoverbindung soll künftig bis auf Widerruf für die Auszahlung von Leistungen verwendet werden.

**IBAN** Sie finden die IBAN auf Ihrem Kontoauszug oder auf Ihrer Bankkarte

**D E**

Geldinstitut

Kontoinhaber (Name, Vorname/Firma)

Für Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar unter: \_\_\_\_\_

**Aufstellung der anfallenden Kosten**

Vorname der versicherten Person	1. versicherte Person		2. versicherte Person		3. versicherte Person		4. versicherte Person	
	Beleg vom	EUR						
Arztkosten								
Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel (z. B. Massagen, Brillen)								
Krankenhauskosten								
Zahnarzt								
Sonstiges								
Gesamt								
insgesamt EUR								

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers