AIDWORKER

DR. WALTER

Erstattungsvorblatt für die Auslandskrankenversicherung

AW- AW-3001 Versicherungsnummer	Tarif	☐ AW24	☐ AW-EH	☐ AW-PLUS	☐ AW24-RK	☐ AW24-DR

Angaben zum Versicherungsnehmer / zur versicherten Person

AGEH/fid

Versicherungsnehmer	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

Ich bitte um Erstattung auf folgendes Konto:

Name des Kontoinhabers

IBAN | 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

Bitte senden an: Dr. Walter GmbH, Leistungsabteilung, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid
Bei Rückfragen: T +49(0)2247 9194-31, leistung@dr-walter.com