

Erklärung über die Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V

Name, Vorname des Mitgliedes

Geburtsdatum

Versichertennummer

Bankverbindung für künftige Kostenerstattungen:

Geldinstitut

Bankleitzahl

Kontonummer

Ich wähle

für mich

für meine(n) familienversicherte(n) Ehefrau/Ehemann

Name, Vorname

Geburtsdatum

für die familienversicherten Kinder

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kostenerstattung

für alle Sach- und Dienstleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

für die ärztliche Versorgung

für die zahnärztliche Versorgung

(einschließlich kieferorthopädischer Leistungen)

für stationäre Leistungen

für veranlasste Leistungen.

An die Wahl der Kostenerstattung bin ich mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden. Sie gilt unbefristet und kann frühestens zum Ablauf des gewählten Kalendervierteljahres mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes

Unterschrift der/des familienversicherte(n)
Angehörigen