

Debeka Krankenversicherungsverein a.G.  
 Leistungszentrum Koblenz  
 Postfach 30 03 55  
 56027 Koblenz

**Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise. Sie sollen dazu beitragen, dass wir Ihren Leistungsantrag möglichst schnell und ohne Rückfragen bearbeiten können.**

Sie finden unseren Leistungsantrag auch im Internet unter [www.debeka.de](http://www.debeka.de) im Service-Bereich.

## Hinweise zum Leistungsantrag

### Ausfüllen des Formulars

Ihr Leistungsantrag 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.

### Originalbelege

Reichen Sie bitte nur Originalbelege oder Duplikate mit dem Leistungsvermerk anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche Krankenversicherung) ein.

### 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.

### 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 Leistungsantrag 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 stattfand, 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](http://www.debeka.de) abrufen!

# Leistungsantrag an den Debeka Krankenversicherungsverein a. G.

Ich benötige neue Antragsformulare 

Bitte mit Kugelschreiber und in Druckbuchstaben ausfüllen.

Bitte stets angeben!

Service-Nr.	Namens-/Anschriftenänderung		Hier bitte nichts eintragen 
Name:		Telefon privat	Datum
Straße:		Telefon dienstlich	Pers.-Nr.
PLZ/Ort:			Ablage-Nr.
Nur angeben, wenn abweichend vom Konto der Beitragsabbuchung	<b>BIC</b>	<b>IBAN</b>	
Kontoinhaber	Datum, Unterschrift		

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

- **Liegt ein Unfall vor?**  nein  ja  
 Bitte fügen Sie bei Verletzungen jeder Art eine Unfallschilderung bei und geben den etwaigen Haftpflichtigen an. Sofern Erkrankungen auf Verschleiß zurückzuführen sind, teilen Sie uns dies bitte auf dem entsprechenden Beleg mit.  
 Wenn für die verletzte Person bei der Debeka Allgemeinen Versicherung AG eine Unfallversicherung besteht, beachten Sie bitte folgenden Hinweis:  
 Die Unfallversicherung erhält durch Ihren Leistungsantrag **keine** Kenntnis von Ihrer Unfallmeldung. Möchten Sie den Unfall auch bei der Unfallversicherung melden und Ansprüche geltend machen, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder an unseren 24-Stunden-Schadenservice (08 00) 0 00 10 16.
- **Bei stationärer Krankenhausbehandlung:** Wurden Wahlleistungen in Anspruch genommen?  
 nein  ja (Bitte Wahlleistungsvereinbarung beifügen)
- **Beihilfeänderung:** Hat sich Ihr Beihilfeanspruch verändert?  
 nein  ja, für \_\_\_\_\_
- Besteht anderweitig Krankenversicherung oder Anspruch auf freie Heilfürsorge?  
 nein  ja, bei \_\_\_\_\_
- **Wichtig! Bei Auslandsbehandlung:** Besteht hierfür bei einem anderen Unternehmen Versicherungsschutz?  nein  ja  
 Unternehmen \_\_\_\_\_ Versicherte Person \_\_\_\_\_ Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_

Vorname										
Geburtsdatum										
Kostenart	Betrag Euro	ct	Betrag Euro	ct	Betrag Euro	ct	Betrag Euro	ct		
<b>Arznei-/Verbandmittel</b>										
<b>Ambulante Behandlungen</b>										
<b>Krankenhaus</b>										
<b>Zahnbehandlungen</b>										
<b>Sonstiges</b>										
<b>Pflegeversicherung</b>										
<b>Summe Euro-Beträge</b>										

Bitte heften oder klammern Sie die Rechnungsbelege nicht und kleben Sie diese auch nicht auf, da wir die Belege einzeln scannen.