

Bitte verwenden Sie dieses Formular bei Ihrer nächsten Einreichung

Sehr geehrte Kunden,

die Verwaltung sowie die Aufbewahrung von Dokumenten ist sehr kostenintensiv. Um noch effektiver und kundenorientierter arbeiten zu können, haben wir uns entschlossen, den gesamten Posteingang elektronisch zu verwalten und die Dokumente datenschutzgerecht zu vernichten. Selbstverständlich ist die Reproduktion eines jeden einzelnen Dokumentes immer möglich. Bitte helfen Sie uns, Ihre Einreichung schneller bearbeiten zu können, indem Sie

- keine Dokumente mehr zusammenklammern/heften
- auf das Einreichen von zusätzlichen Apothekenquittungen verzichten, wenn den dazugehörigen Rezepten der Bezugspreis zu entnehmen ist
- auf das Einreichen von Überweisungsformularen verzichten, diese benötigen wir für die Leistungserstattung generell nicht
- auch weiterhin das für Sie vorbereitete Rücksendeformular verwenden, damit immer eine korrekte und schnelle Zuleitung gewährleistet ist.

Beachten Sie auch nachfolgende Punkte

- Reichen Sie nur Originalbelege ein! Hat ein anderer Kostenträger das Original benötigt? Dann genügt auch die Rechnungszweitschrift mit dem Erstattungsvermerk des anderen Kostenträgers
- Die Belege müssen enthalten:
 - den Namen der behandelten Person
 - die Krankheitsbezeichnung (Diagnose)
 - die Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewandten Gebührenordnung
 - und die jeweiligen Behandlungsdaten
- Heil- und Hilfsmittelrechnungen reichen Sie bitte zusammen mit der ärztlichen Verordnung ein.
Gerne unterstützen wir Sie bei der Beschaffung von Hilfsmitteln (z. B. Krankenfahrrad, Sauerstoffgerät, Hörgerät) mit günstigen und kompetenten Bezugsquellen. Sprechen Sie daher vor dem Bezug mit uns!
- Schildern Sie bei jedem Unfall den Unfallhergang!
Liegt ein Berufs-, Dienst- oder Schulunfall vor? Dann legen Sie die Kostenbelege zuerst Ihrer gesetzlichen Unfallversicherung vor, damit diese ihre Erstattung vornehmen und bestätigen kann. Die mit dem Erstattungsvermerk versehenen Kostenbelege schicken Sie dann an uns.

Für Ihre Mithilfe bedanken wir uns.

← Bitte hier falten

Haben Sie noch Fragen zur Leistungsabrechnung? Wir helfen Ihnen gerne!

Rufen Sie uns an: Service-Telefon 0621 427-3030

Ihre Vertragsnummer: _____

Dieser Aufdruck ist als Adressträger für einen Fensterbrief-Umschlag geeignet.

INTER Krankenversicherung AG; Vorstand: Dr. Michael Solf (Sprecher), Matthias Kreibich, Michael Schillinger, Roberto Svenda; Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Thomas;
Sitz: Mannheim; Handelsregister-Nr. HRB 723887 beim Amtsgericht Mannheim

Bitte senden Sie Ihre Unterlagen an die nebenstehende Adresse.
Damit erhält der zuständige Sachbearbeiter diese direkt und kann sofort für Sie tätig werden.

INTER Krankenversicherung AG
Direktion*Leistungsabteilung
Postfach 10 16 41
68016 Mannheim

Zu Ihrer und unserer Kontrolle haben Sie hier die Möglichkeit, Ihre Kostenbelege aufzuführen!

Vertragsnummer: _____

Liegt ein Unfall vor? ja nein

Bitte fügen Sie bei Verletzungen jeder Art eine Unfallschilderung bei und geben den etwaigen Haftpflichtigen an.

Bitte beachten Sie auch die **Informationen auf der Vorderseite**.

Möchten Sie, dass die INTER die Kosten direkt an den Arzt bezahlt? Ja (J) / Nein (N)

Vorname	_____		_____		_____		_____		
	Betrag EUR	J N	Betrag EUR	J N	Betrag EUR	J N	Betrag EUR	J N	
Ärztliche Behandlung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nur ambulante Kosten	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezepte	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(bitte zusammenfassen)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilmittel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Bäder, Massagen, Bestrahlungen)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Brillen, Bandagen usw.)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhauskosten	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschließlich Arztkosten im Krankenhaus	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnartzkosten	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamt (pro Person) EUR	_____			_____			_____		
							(alle Personen) Gesamt EUR	_____	

BITTE BELEGE NICHT KLAMMERN

Die Auszahlung erfolgt auf das Konto, von dem die Beiträge im Lastschriftverfahren eingezogen werden bzw. auf das bereits genannte Konto für die Leistungserstattung.

Abweichend wünsche ich die Auszahlung auf das eigene Konto:

IBAN _____

Datum

Unterschrift

Hat sich Ihre eigene Bankverbindung für den **Beitragseinzug** geändert? Dann informieren Sie uns bitte gesondert – per E-Mail an info@inter.de – telefonisch unter 0621 427-427 – per Fax an 0621 427-944 – oder postalisch.

Bitte vor Ausfüllung und Absendung die Hinweise auf der Vorderseite beachten. Danke!