



BAHN-BKK  
PostCenter  
48123 Münster

### Antrag auf Erstattung von Behandlungskosten im Ausland

Name Versicherte/r: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Wer wurde behandelt? \_\_\_\_\_

In welchem Land fand die Behandlung statt? \_\_\_\_\_

Wurde der „Auslandskrankenschein“ abgegeben ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

Besteht eine private Krankenzusatzversicherung? ☐ ja, DEVK ☐ ja, andere ☐ nein

Wenn ja, werden wir Ihnen Rechnungskopien mit Erstattungsvermerk zusenden. Bitte reichen Sie diese bei der Zusatzversicherung zur Erstattung ein.

Aufgrund welcher Erkrankung war eine Behandlung erforderlich?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unfallfolge: ☐ ja ☐ nein

Die Behandlung erfolgte: ☐ stationär (Krankenhausaufnahme) ☐ ambulant

Bitte geben Sie möglichst genau an, welche Leistungen der Arzt an welchen Behandlungstagen erbracht hat (z.B. welche Untersuchungen stattfanden, Röntgen, Verbände, etc.), damit wir die Erstattung berechnen können.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tagsüber erreichbar unter Telefon: \_\_\_\_\_ oder E-Mail: \_\_\_\_\_

*Schicken Sie uns bitte alle Quittungen und den Antrag an die oben genannte Adresse.*

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Versicherten)