

DR-WALTER GmbH
Leistungsabteilung
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Germany

AGIAMONDO-Gruppenvertrag: Erstattungsvorblatt für Entwicklungshelfer/innen nach EhfG

AW-EH / AW3224
Versicherungsnummer

Angaben zur versicherten Person

Name des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum
Dienstanschrift		
Telefonnummer		E-Mail

Antrag auf Erstattung von Krankheitskosten

Hiermit beantrage ich die Erstattung der mir entstandenen Krankheitskosten.
Zu diesem Zweck übersende ich Ihnen anliegend **im Original** die Belege lt. Aufstellung.

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/Generali Deutschland Krankenversicherung AG zur Einholung aller notwendigen Auskünfte zur Prüfung ihrer Leistungspflicht. Dies bestätige ich durch meine folgende Unterschrift.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

AGIAMONDO-Gruppenvertrag: Aufstellung der zur Erstattung übersandten Originalbelege

AW-EH / AW3224 <small>Versicherungsnummer</small>	Anlage zum Erstattungsvorblatt vom (Datum)
Name der behandelten Person	Vorname
Dienstanschrift	

Aufstellung

Von Ihnen auszufüllen					Vom Versicherer auszufüllen
Ifd. Nr.	Aussteller der Rechnung/ Aussteller des Beleges	Rechnungsdatum	Behandlung/ Diagnose	Rechnungsbetrag mit Währung	Erstattung in EUR
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Gesamterstattung in EUR →					

- an versicherte Person
- an Rechnungssteller
- an AGIAMONDO

Zu folgenden Belegen gestatten Sie uns bitte den nachstehenden Hinweis

Ifd. Nr.	Eine Erstattung dieses Beleges ist nicht/nur zum Teil möglich weil: