

# LEISTUNGSANTRAG

**Belege bequem einreichen...**

Mit diesem Formular sparen Sie sich ein eigenes Anschreiben und schaffen optimale Voraussetzungen für eine schnelle Auszahlung!

An die  
uniVersa Krankenversicherung  
KV-Leistung  
90333 Nürnberg

**Versicherungsnehmer:**

\_\_\_\_\_

**Versicherungsnummer:**

\_\_\_\_\_

**Tagsüber telefonisch erreichbar:**

\_\_\_\_\_

## Aufstellung der Leistungen

Vorname:	1.	2.	3.	4.
Geb. Datum:				
<b>Kostenart</b>	<b>EUR</b>	<b>EUR</b>	<b>EUR</b>	<b>EUR</b>
<b>ambulant</b>				
<b>stationär</b>				
<b>Zahn</b>				
<b>Sonstiges</b>				
<b>Summe</b>				

**Gesamtsumme aller Belege:**

### ERLÄUTERUNG ZU DEN KOSTENARTEN

Unter „**ambulant**“ erfassen Sie bitte Kostenbelege für

- ärztliche Behandlungen
- Heilpraktikerbehandlungen
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel (z.B. Massagen, Krankengymnastik)
- Hilfsmittel (u.a. Sehhilfen)

unter „**stationär**“ Kostenbelege des

- Krankenhauses und der Ärzte
- Transporte zum und vom Krankenhaus

unter „**Zahn**“ Kostenbelege für

- zahnärztliche Behandlungen
- Kieferorthopädie

**Bankverbindung** (bitte nur ausfüllen wenn abweichend von dem uns bekannten Konto):

Kontonummer: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Ort / Datum

Unterschrift(en)

## Hinweise zum Leistungsantrag

### **Ausfüllen des Formulars**

Ihr Leistungsantrag wird maschinell gelesen. Füllen Sie ihn daher bitte deutlich lesbar (idealerweise elektronsich – alternativ in Druckbuchstaben mit Kugelschreiber) aus. Tragen Sie bitte die einzelnen Rechnungsbeträge und die Summe(n) in die Tabelle ein. Vielen Dank!

### **Heil- und Hilfsmittel**

Reichen Sie Belege über Heil- und Hilfsmittel bitte nur zusammen mit der ärztlichen Verordnung ein.

### **Arzt-/Zahnarztrechnungen**

Rechnungen müssen die Diagnose, den Namen der behandelten Person, den Behandlungszeitraum und eine Aufstellung der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen enthalten.

### **Sonstiger Hinweis**

Wir möchten Sie bitten, die Belege nicht zu klammern, zu heften oder aufzukleben!

### **Rezepte**

Achten Sie bitte darauf, dass auf Rezepten immer der Apothekenstempel sowie die Anschrift des erstellenden Arztes vermerkt ist. Fügen Sie die bitte die dazugehörige Arzt- bzw. Zahnarztrechnung bei.

### **Unfall**

Sofern es sich um einen Dienst-, Arbeits-, Uni-, Schul-, Kindergartenunfall handelte, bestehen ggf. Ansprüche gegen den Dienstherrn, die Berufsgenossenschaft oder die gesetzliche Unfallversicherung. Bitte lassen Sie zunächst die Vorleistung des entsprechenden Kostenträgers auf der Rechnung vermerken.

### **Name / Anschrift / Bankverbindung**

Informieren Sie uns bitte über Änderungen.

### **Originalbelege**

Reichen Sie uns bitte nur Originalbelege ein.

## Beitragsrückerstattung

Bevor Sie den Leistungsantrag abschicken, sollten Sie prüfen, ob die Beitragsrückerstattung (BRE) für Sie günstiger ist. Auf Wunsch teilen wir Ihnen die Höhe der BRE gerne (auch telefonisch) mit. Ein eventueller Beihilfeanspruch kann unabhängig von unserer Leistung geltend gemacht werden.

Entscheidend für die Leistungsfreiheit ist, zu welchem Zeitpunkt die Behandlung stattfand sowie die Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel bezogen wurden. Das Ausstellungsdatum der Rechnung bzw. der Zeitpunkt der Vorlage von Kostenbelegen sind nicht maßgebend.

### **Sonstige Bemerkungen/Wünsche/Anregungen:**

---

Ort / Datum

---

Unterschrift(en)