

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung  
a. G.  
Leistungsabteilung  
Postfach 103414  
44034 Dortmund

Versicherungsnr.: 52.842.288/1/001  
Corinna Münch  
Schmiedestr. 2  
04861 Torgau

## Kurzmitteilung zur Erstattung

Anzahl der eingereichten Belege:

  1   Rechnung(en) / Rezept(e)                             Kostenvoranschlag / Heil- und Kostenplan  
       Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung(en)                             \_\_\_\_\_

**Um eine reibungslose Erstattung zu gewährleisten, benötigen wir Ihre Hilfe. Berücksichtigen Sie bitte die folgenden Informationen.**

- Reichen Sie Ihre Belege erst ein, wenn der tarifliche Selbstbehalt überschritten ist.
- Senden Sie uns bei dem Bezug von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln ebenfalls die ärztliche Verordnung.
- Reichen Sie Apothekenquittungen nur dann ein, wenn der Betrag nicht auf den Rezepten vermerkt wurde.
- Teilen Sie uns schriftlich mit, wenn die Behandlung aufgrund eines Unfalles durchgeführt wurde.
- Sofern Sie bei uns zur Absicherung Ihres Einkommens ein Krankentagegeld versichert haben, melden Sie uns bitte die Arbeitsunfähigkeit immer sofort mit Angabe der Diagnose.
- **Verwenden Sie keine Heft- oder Büroklammern und nehmen Sie keine individuellen Vermerke auf den Belegen vor, da Ihre Belege maschinell erfasst werden.**

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag

- auf das Konto, von dem die Beiträge abgebucht werden  
 auf das bestehende Leistungswunschkonto  
 direkt auf das Konto der folgenden Rechnungsaussteller:

\_\_\_\_\_  
(Angabe der Behandler)

Sonstige Mitteilungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer