

Würzburger Versicherungs AG
Bahnhofstraße 11
97070 Würzburg

Absender:

Name Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Sehr geehrter Kunde,

wir können Ihre Rechnungen schneller bearbeiten, wenn Sie:

- Diesen Vordruck verwenden
- Uns grundsätzlich die Originalbelege schicken
- Darauf achten, dass auf jeder Rechnung die Diagnose vermerkt ist
- Medikamentenbelege, Heil-/Hilfsmittelverordnungen zusammen mit der ärztlichen Verordnung einreichen

Gesamtbetrag: _____ EUR

Ich reiche Belege ein für

Ambulante Heilbehandlung Stationäre Behandlung Zahnärztliche Behandlung

Versicherungsnummer: MUP _____

Den Erstattungsbetrag bitte ich zu zahlen an:

Kontoinhaber: _____

Bankname: _____

Konto: _____

Bankort: _____

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Rezepte) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich hiermit die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten sowie Sozialversicherer, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer Schweigepflicht. Ebenso entbinde ich von der Schweigepflicht zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Leistungsteam
der Würzburger Versicherungs AG