

HALLESCHE
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart

Versicherungsnummer

Anschrift des
Versicherungsnehmers:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Kurzmitteilung für Rechnungen

Anzahl der eingereichten Belege

Im Gesamtwert von €

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag

auf das Konto:

IBAN

BIC

Geldinstitut

auf folgendes Konto:

IBAN

BIC

Geldinstitut

Heil- und Kostenplan/Kostenvoranschlag

Bitte prüfen Sie den zahnärztlichen Heil- und Kostenplan

Bitte prüfen Sie den Kostenvoranschlag für Hilfsmittel bzw. unterstützen Sie mich durch Ihren Hilfsmittelservice

Bemerkungen: _____
