

**BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG**  
**Leistungsabteilung Krankenzusatzversicherung**  
**96437 Coburg**

**kranken-leistung@diebayerische.de**  
**T 089/6787-5060**  
**F 089/6787-5061**

■ **Wichtige Hinweise für das Einreichen der Belege**

Wir sind gemeinsam daran interessiert, Ihnen die tarifliche Leistung schnell auszuzahlen. Dieser Vordruck soll Ihnen eine kleine Hilfe sein: Sie brauchen keinen Begleitbrief zu schreiben und können sich zusätzlich einen Überblick über die Belege verschaffen.

Auch wir haben durch diesen Leistungsantrag einen Vorteil: Die Daten die Sie eintragen, können wir elektronisch verarbeiten. Dies spart Verwaltungskosten und wirkt sich letztlich vorteilhaft auf Ihre Beiträge aus.

Bitte **sortieren** Sie die Belege nach den versicherten Personen und klammern Sie diese bitte nicht. Ist ein Familienmitglied unter einer anderen Vertragsnummer bei uns versichert, verwenden Sie bitte den hierfür vorgesehenen Leistungsantrag.

Bei Rechnungen aus dem **Ausland** beschreiben Sie uns bitte kurz die Art der Behandlung. Nennen Sie uns dabei auch das Land, in dem die Behandlung erfolgte und in welcher Währung die Rechnung gestellt wurde.

Sie erhalten mit unserem Abrechnungsschreiben einen neuen Vordruck.

■ **Haben Sie Fragen zu Ihrem Vertrag?**

Vertrags- oder Bestandsfragen beantworten wir Ihnen gerne zu unseren Geschäftszeiten\* unter T 089/6787-11 11

■ **Sind Belege auf einen Unfall zurückzuführen? (Dann bitten wir um die nachfolgenden Informationen)**

Verletzte Person: \_\_\_\_\_ Datum des Unfalls: \_\_\_\_\_

Art der Verletzung: \_\_\_\_\_

- Freizeitunfall
- Dienst-, Berufs-, Kindergarten-, Schul-, Wegeunfall
- Beteiligung eines Kraftfahrzeugs
- Unfall mit Beteiligung Dritter

Bitte schildern Sie kurz den Unfall:

---

---

---

---

---

---

---

---

\* unsere Geschäftszeiten: Montag-Freitag 8.00 bis 18.00 Uhr

# Leistungsantrag



Anschrift des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Tagsüber telefonisch erreichbar \_\_\_\_\_

Fax-Nr. \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nummer: \_\_\_\_\_

Bankverbindung unverändert

Neu: \_\_\_\_\_

IBAN

D	E																							
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

bei \_\_\_\_\_

(Genau Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts.)

Kontoinhaber: Versicherungsnehmer

Bitte überweisen Sie alle künftigen Leistungen auf das angegebene Konto.

Dieses Konto ist künftig auch für den Beitragseinzug in der Krankenzusatzversicherung gültig.

Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer

**Wichtig: Nach § 194 VVG erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung grundsätzlich an den Versicherungsnehmer.**

### Aufstellung der eingereichten Belege:

Bitte ankreuzen, wenn Belege in Fremdwährung enthalten sind.

Vorname ggf. Geburtsdatum																		
Kostenart	Beleg vom			Betrag	Beleg vom			Betrag										
Zahnversicherung				,       EUR				,       EUR										
				,       EUR				,       EUR										
				,       EUR				,       EUR										
				,       EUR				,       EUR										
Stationäre Behandlung				,       EUR				,       EUR										
				,       EUR				,       EUR										
				,       EUR				,       EUR										
				,       EUR				,       EUR										
<b>Gesamt</b>				,       EUR				,       EUR										
<b>Bitte senden Sie den Leistungsantrag mit den Anlagen an umseitige Anschrift</b>																		
							Betrag in Euro, Cent	Insgesamt	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									

## Vollmachterteilung

Hiermit beauftrage ich, Frau/Herrn/Firma \_\_\_\_\_

Straße PLZ/Ort \_\_\_\_\_

mich in diesem Leistungsfall im Rahmen meiner privaten Krankenzusatzversicherung bei der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG zu vertreten. Gleichzeitig willige ich in die Datenübermittlung von der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG bzw. deren Dienstleister GSC Service- und Controlling GmbH an die genannte Person/Firma ein und befreie die Mitarbeiter der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG und der GSC Service- und Controlling GmbH insoweit von ihrer Schweigepflicht. Gleichzeitig bin ich mir bewusst, dass die Datenübermittlung aus dem Krankenzusatzversicherungsvertrag insbesondere auch Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB (Strafgesetzbuch) geschützte Daten umfasst und sich die hier gegebenen Erklärungen auch auf diese Daten beziehen. Diese Vollmacht ist ausschließlich auf diesen Leistungsfall beschränkt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_