

SECURVITA Krankenkasse
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

Abrechnungsformular
Erstattung von Zusatzleistungen bei sportmedizinischer Untersuchung

Name: _____ Vorname: _____

Versichertennummer: _____

1. Leistung (Bitte benutzen Sie für jede Rechnung ein gesondertes Abrechnungsformular.)

Ich beantrage gemäß der Satzung der SECURVITA Krankenkasse einen Zuschuss für:

Sportmedizinische Untersuchung und Beratung

2. Rechnung (Bitte fügen Sie die Rechnung bei.)

Rechnung vom: _____

Rechnungsbetrag: _____ €

Leistungstag: _____

3. Bankverbindung

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und deren Vollständigkeit.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Bitte beachten Sie unbedingt Folgendes: Reichen Sie Ihre Originalrechnung **spätestens bis zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats ab Rechnungsdatum** bei uns ein.