

**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.