
(Versicherung u. Adresse eintragen)

(Ort u. Datum)

Antrag auf Kostenrückerstattung

Sehr geehrte Damen und Herren!

Als Versicherter Ihrer Anstalt reiche ich,

(Familiename)

(Vorname)

(Vers.Nr.) (Geb.Datum)

(Anschrift)

(Versicherter – nur auszufüllen bei Inanspruchnahme von Leistungen durch Angehörige)

(Vers.Nr.) (Geb.Datum)

(Beschäftigt bei – Dienstgeber und Dienstort)

beigelegte Honorarnote(n) zur Kostenerstattung ein und beantrage die Überweisung des mir gebührenden Betrages auf folgendes Konto:

(Geldinstitut)

(IBAN)

(BIC)

Weiters beantrage ich die detaillierte Aufschlüsselung des mir gewährten Kostenersatzes.

Für den Fall des nicht vollständigen Ersatzes der von mir mittels beiliegender Belege nachgewiesenen Auslagen, Nichterfüllung an die von mir bezeichnete Zahlstelle oder ablehnende Behandlung meines Leistungsansuchens stelle ich gemäß § 367 Abs. 1 Z. 2 ASVG den

Antrag

auf formelle und bescheidmäßige Ausfertigung nach den Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes mit entsprechender schriftlicher Begründung.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift des Versicherten)

Honorarnote(n)
Zusätzlich bei Überweisung Saldierungsnachweis(e)