

Hinweis: Die Angabe der persönlichen Daten ist auf Grund der Bestimmungen der §§ 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I und 50 SGB XI erforderlich. Fehlende oder unvollständige Angaben können zu nachteiligen Folgen (§§ 206 Abs. 2 und 307 SGB V) und ggf. zur Versagung des Leistungsanspruches (§ 66 SGB I) führen. Angaben zur Telefonnummer und Bankverbindung sind freiwillig und dienen der schnelleren Bearbeitung.

Versicherter

[Dotted input fields for insurance details]

An die

Versichertennummer

[Dotted input field for insured number]

Ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort

Ich beantrage eine Vorsorgeleistung Kindervorsorgeleistung
 Rehabilitationskur

Kurort voraussichtlicher Kurbeginn Kurdauer

Ist die Krankheit Folge eines Arbeitsunfalles, eines Versorgungsleidens oder durch Dritte verursacht worden? ja nein

Liegt eine Schwerbehinderung vor? ja % nein

Wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet? ja nein

Beziehen Sie Beschädigtenrente oder Hinterbliebenenrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (Versorgungsamt)? ja nein

Wurde innerhalb der letzten drei Jahre Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen durchgeführt? ja nein

wenn ja:
vom bis in Kostenträger

Telefonische Erreichbarkeit:

Bankverbindung

Kontoinhaber

Geldinstitut BLZ Kto-Nr.

Sofern ärztliche Unterlagen von mir bzw. meiner Ärztin/meinem Arzt der Kasse überlassen werden, bin ich mit der Übermittlung dieser Unterlagen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einverstanden.

Sofern im Einzelfall zur Beurteilung des Antrages weitere ärztliche Unterlagen (Arztbefunde, Krankenhausentlassungsberichte o.Ä.) erforderlich sind, entbinde ich die Ärztin/den Arzt im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht (§ 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I) hierfür von ihrer/seiner Schweigepflicht.

[Dotted line for signature]

Datum, Unterschrift des/der Versicherten