

DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG
 Servicezentrum Berlin
 Postanschrift
 65172 Wiesbaden

Versicherungsnummer: _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Bankleitzahl _____

Kontonummer _____

 das Konto gilt auch für den Beitragseinzug

Aufstellung der angefallenen Kosten je Person

	Vorname	Vorname	Vorname	Vorname
Ambulante Behandlung inkl. Heilmittel (z.B. Massagen), und Hilfsmittel	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Arznei- und Verbandmittel	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Zahnärztliche Behandlung inkl. Kieferorthopädie	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Stationäre Behandlung inkl. Arzt- und Transportkosten	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Sonstige Behandlungen (z.B. Kuren, Tagesgelder)	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Summen				
			Gesamtbetrag	
	Ort, Datum		Unterschrift des Versicherungsnehmers	