App sofort einfach digital!
Mit der **ARAG GesundheitsApp** können Sie Ihre Rechnungen auch online einreichen.
Jetzt kostenlos runterladen
Erhältlich im App Store
GET IT ON Google Play

An die
ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11
81829 München

Name _____

Vers.-Nr. _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Leistungsantrag

Liegt ein Unfall vor? ☐ ja ☐ nein

☐ **Bitte überweisen Sie auf das bekannte Konto.**

☐ **Bitte überweisen Sie künftig alle Erstattungen auf folgendes Konto:**

Wir weisen darauf hin, dass bei Benennung eines vom Versicherungsnehmer abweichenden Zahlungsempfängers dieser über die Speicherung seiner Kontendaten bei der ARAG Krankenversicherung informiert werden muss.

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN D E

BIC/SWIFT

Weitere Mitteilungen bitte hier angeben. Zusätzliche Anmerkungen auf Ihren eingereichten Rechnungen können wir leider nicht verarbeiten.

Tagsüber telefonisch erreichbar unter
(freiwillige Angabe)

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers