

INFORMATION

der

Krankenversicherungsträger

ZECKENSCHUTZZIMPFUNG

Sehr geehrte Kunden,

wir möchten Ihnen Zeit und den Weg zu Ihrer Krankenkasse ersparen.

Bitte fertigen Sie den Antragsabschnitt vollständig aus und senden Sie diesen mit der Bestätigung des Sanitätsdienstes an Ihre Krankenkasse (Anschrift auf der Rückseite ersichtlich).

Wir bemühen uns Ihren Auftrag rasch zu bearbeiten.

Freundliche Grüße
Ihr Krankenversicherungsträger

PS.: Bitte beachten Sie, dass eine Barauszahlung des Kostenzuschusses nicht möglich ist.

Antrag auf Kostenzuschuss

Meine zuständige Krankenkasse:

| | |
|---|---|
| Familien- und Vorname der geimpften Person | Versicherungsnummer, Geburtsdatum |
| Familien- und Vorname des/der Versicherten | Versicherungsnummer, Geburtsdatum |
| Anschrift | Bankverbindung/IBAN, BIC: |
| Impfdaten | Impfkosten Stempel des Sanitätsdienstes |