



DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
Abteilung KLSR4K  
50594 Köln / Cologne

Deutschland / Germany

Vertragspartner/Arbeitgeber:
Rahmenvertragsnummer:
Ihre Nummer bei Auszahlungen *:
Versicherte Person: Name, Vorname, Geburtsdatum
Reisedauer von- bis :
Anschrift für Leistungsabrechnung:
Kontoinhaber
Bank:
Kontonummer:
Bankleitzahl:
IBAN:
Swift-Code: BIC-Code:
Email-Adresse:

**Aufstellung der angefallenen Kosten**

Lfd.- Nr.	Person	Arzt / Krankenhaus	Rechnungs- datum (TT.MM.JJ)	Rechnungs- betrag	Währung	Diagnose
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Anlage (Originalbelege): \_\_\_\_\_

**\* Künftig erhalten Sie zusätzlich zu Ihrer Rahmenvertragsnummer eine Nummer für Auszahlungen. Hierunter werden alle Auszahlungen erfolgen. Sobald Ihnen die Nummer vorliegt, geben Sie diese bitte in dem entsprechenden Feld an.**

**!Personenbezogene Daten finden Sie künftig auf der zweiten Seite des Erstattungsschreibens!**

**Kontaktdaten KLSR4K**

Fax 0049 (0) 22 1 5 78 49 62  
mail [KKLSR4K-Gruppenpostfach@dkv.com](mailto:KKLSR4K-Gruppenpostfach@dkv.com)