

**ANTRAG AUF RÜCKERSTATTUNG DER **EXTRAKOSTEN** IM FALLE VON DRINGEND ERHALTENER PFLEGE WÄHREND EINES AUSLANDSAUFENTHALTES**

Das Dokument muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben sein, anderenfalls kann der Antrag nicht bearbeitet werden.  
Eine Akte pro Pflegeempfänger, pro Land und pro Aufenthalt.

**Nur Originalrechnungen mit entsprechendem Zahlungsnachweis werden akzeptiert.**

<b>PFLERGEEMPFÄNGER</b> (ausfüllen oder <i>Vignette</i> aufkleben)	
<b>NAME – VORNAME:</b>	<b>GEBURTSDATUM:</b>
<b>NATIONALREGISTERNUMMER:</b>	AUFKLEBER
<b>ADRESSE:</b>	
<b>DATUM UND UNTERSCHRIFT DES ANTRAGSTELLENDEN MITGLIEDS</b> /    / (bzw. des Hauptversicherten, wenn es sich um ein Kind handelt)	

1. Bitte geben Sie die <b>richtigen Daten</b> Ihres Aufenthalts ein	Vom    /    /                                      bis    /    /
2. In <b>welchem Land</b> fand das Ereignis/der Unfall/die Krankheit statt?	
3. Haben Sie eine <b>andere Reiseversicherung</b> abgeschlossen, die die medizinische Versorgung während Ihres Auslandsaufenthaltes abdeckt?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA: .....
4. <b>Für wen</b> wurden die Kosten beantragt?	<input type="checkbox"/> für die Person, <b>die die Pflegeleistungen erhalten hat</b> <input type="checkbox"/> für die <b>Begleitperson(en)</b> Anzahl der Begleitpersonen: .....
5. Wurde die Hilfszentrale <b>Mediphone Assist</b> kontaktiert?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
6. <b>Für welche Art</b> der folgenden Kosten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Geben Sie die <b>Daten/Zeiträume</b> ein.
<input type="checkbox"/> <b>Aufenthaltskosten</b> <input type="radio"/> Mahlzeit <input type="radio"/> Hotel <input type="radio"/> Taxi <input type="radio"/> Andere: zu spezifizieren:	
<input type="checkbox"/> <b>Reisekosten</b> (nur <u>nach</u> Zustimmung der Hilfszentrale)	
<input type="checkbox"/> <b>Rückführungskosten der sterblichen Überreste</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Telefonkosten</b>	
7. Bitte geben Sie den <b>Grund dieser Kosten</b> an (Hintergrund, Umstände, Gründe, chronologische Reihenfolge?)	
Grund:	

Diese ehrenwörtliche Erklärung muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben werden von der Person, die die Pflegeleistungen erhalten hat (Pflegeempfänger) oder von der dazu bevollmächtigten Person. Jegliche falsche oder unvollständige Erklärung (beabsichtigt oder nicht) kann die Verweigerung oder die Rückforderung der Erstattung zu Lasten der Hauptversicherten zur Folge haben.