

Ihr LeistungsService
ist Mo. bis Fr. von 7 bis 22 Uhr für Sie da.
Telefon: 0800 – 425 25 25
(bundesweit gebührenfrei)
E-Mail: info@envivas.de
Internet: www.envivas.de

Ihr Leitfaden zur Einreichung von Belegen

Das Formular „Envivas Leistungsantrag“ können Sie für die Zusendung Ihrer Rechnungen verwenden. Dadurch helfen Sie uns, die Belege schneller einzulesen und zu bearbeiten.

Hinweise zu SEPA

Falls Sie uns mit diesem Erstattungsantrag auch eine neue Bankverbindung mitgeteilt haben, von der auch die Beiträge abgebucht werden sollen, beachten Sie bitte folgendes: Besteht aktuell kein Lastschriftverfahren oder ändert sich der Kontoinhaber, so benötigen wir ein unterschriebenes SEPA-Mandat. Unter www.envivas.de/sepa finden Sie dieses Formular auch online.

Falls Sie nur die Angaben zur Bankverbindung aktualisieren, können Sie uns die Daten auch über das Internet mitteilen. Sie finden das Formular zur Änderung Ihrer Bankdaten auf www.envivas.de/bankverbindung-aendern.

Originalrechnungen

Senden Sie uns Kostenbelege bitte im Original zu. Sollte sich dieses bei einem anderen Kostenträger befinden, z. B. der Krankenkasse oder der Berufsgenossenschaft, benötigen wir einen Nachweis über die Höhe der Kostenbeteiligung.

Bei Zahnarztrechnungen benötigen wir auch die Rechnungen über eventuell angefallene Material- und Laborkosten.

Wir freuen uns, wenn Sie diese Punkte berücksichtigen!

Weitere wissenswerte Informationen zum Thema Leistungserstattung finden Sie auch unter www.envivas.de/leistungserstattung

Versicherungsnummer:

Envivas Krankenversicherung AG
Abteilung LeistungsService
50583 Köln

Geänderte Kontaktdaten:

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ/Wohnort _____

Telefonnummer/Mobiletelefonnummer _____

Aufstellung der angefallenen Kosten je Person

Belege bitte nicht heften, aufkleben oder klammern!

Vorname Geb.-Datum		Vorname Geb.-Datum		Vorname Geb.-Datum		Vorname Geb.-Datum	
Beleg	Betrag	Beleg	Betrag	Beleg	Betrag	Beleg	Betrag
1		1		1		1	
2		2		2		2	
3		3		3		3	
4		4		4		4	
5		5		5		5	
6		6		6		6	
7		7		7		7	
8		8		8		8	
9		9		9		9	
10		10		10		10	
11		11		11		11	
12		12		12		12	
13		13		13		13	
14		14		14		14	
15		15		15		15	
Gesamt		Gesamt		Gesamt		Gesamt	
Insgesamt							

Im Falle eines Unfalls:

Handelt es sich um Freizeit-, Berufs- oder Schulunfall

ja nein

Wurde der Unfall durch Dritte verursacht?

ja nein

Krankenhaustagegeld

(Bitte Nachweis mit Diagnose beifügen)

vom ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

Neue Bankverbindung:

- Einmalige Überweisung der Leistungen auf eine andere Bankverbindung
- Dauerhafte Überweisung der Leistungen auf eine andere Bankverbindung
- Bankverbindung soll auch für die Abbuchung der Beiträge gelten (siehe Hinweise zu SEPA)

Kontoinhaber, wenn nicht Versicherungsnehmer _____

IBAN _____

BIC _____

Geldinstitut _____

Ort/Datum _____

Unterschrift _____