



Antrag auf Erstattung von Impfleistungen

Persönliche Angaben

| | | | |
|------------------------------|------------|--------------------|-----|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum | |
| Straße | Hausnummer | PLZ | Ort |
| Telefon, tagsüber erreichbar | | Versichertennummer | |
| IBAN | | BIC | |
| D E | | | |
| Datum | Ort | | |
| Unterschrift | | | |

✓ Haben Sie an alles gedacht?

- Persönliche Angaben auf diesem Antrag erfasst
- Kontodaten (IBAN und BIC) auf diesem Antrag erfasst
- Kopie der ärztlichen Verordnung liegt diesem Antrag bei
- Kopie der Quittung der Apotheke liegt diesem Antrag bei
- Antrag ist unterschrieben

Gut zu wissen

- ▶ Für alle ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen, die nicht über die Gesundheitskarte abrechenbar sind (z. B. Reise-schutzimpfungen), erstatten wir Ihnen **pro Kalenderjahr bis zu 300 Euro** für Impfkosten und ärztliches Honorar.
- ▶ Auslöser für private Schutzimpfungen ist vielfach eine geplante Reise. Bitte denken Sie an Ihren **Auslandsversiche-rungsschutz**. Den Abschluss einer kostengünstigen privaten Auslandsreisekrankenversicherung empfehlen wir in jedem Fall — insbesondere bei Reisen außerhalb des europäischen Auslands. Erfahren Sie mehr unter: www.heimat-krankenkasse.de/auslandsversicherungsschutz
- ▶ Dieser Antrag dient als Hilfestellung bei der Einreichung von Impfrechnungen. Wir erkennen diese auch an, wenn dieser Antrag nicht genutzt wird. Ihre Bankverbindung benötigen wir in jedem Fall, um den Erstattungsbetrag korrekt anzuweisen.