HEIMAT
KRANKENKASSE

Antrag auf Erstattung von Impfleistungen

1 Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer	PLZ / Ort
Versichertennummer	Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)

2 Bankverbindung

Name, Vorname Kontoinhaber (falls abweichend von Antragsteller)

IBAN

Datum | Ort

Unterschrift Versicherter

Haben Sie an alles gedacht?

- ☐ Persönliche Angaben auf diesem Antrag erfasst
- ☐ IBAN 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. Reiseschutzimpfungen), 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 **Auslandsversicherungsschutz.** 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 die Rechnung auch an, wenn dieser Antrag nicht genutzt wird. Ihre Bankverbindung benötigen wir in jedem Fall, um den Erstattungsbetrag korrekt anzuweisen.

Datenschutzhinweis:
Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

Heimat Krankenkasse
Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4152 · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)