

# Antrag auf Teilerstattung der Krankenhausrechnung



Gemeinsam für Ihre Gesundheit.

Ausschließlich mit der Originalrechnung vorzulegen

**Bitte alle Felder ausfüllen**

## Daten zur Person

Raum für Aufkleber des Patienten, der im Krankenhaus behandelt wurde

Tel.: .....

E-Mail-Adresse: .....

Nummer des Nationalregisters: .....

Name: .....

Vorname: .....

Straße: ..... Hausnummer: ..... Briefkasten: .....

Postleitzahl:..... Ort : ..... Land: .....

## A. Versicherung

Kommt für die Kosten des stationär behandelten Patienten eine andere Krankenhausversicherung als die der CKK oder eine andere Stelle (Sozialfonds o.Ä.) auf ? JA  NEIN   
Wenn ja, ist die Rechnung erst dieser Stelle zur Abrechnung vorzulegen (siehe Rückseite).

## B. Krankenhausaufenthalt

Krankenhausaufenthalt vom \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Der Rechnungsbetrag wurde dem Krankenhaus bereits überwiesen JA  NEIN

## C. Unfall

Der Krankenhausaufenthalt ist die Folge eines Unfalls JA  NEIN

Wenn ja, das Datum des Unfalls: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Art des Unfalls: \_\_\_\_\_

Entscheidung der für Unfälle zuständigen Abteilung der Krankenkasse:

## D. Auskünfte für die Zahlung

Die Kostenerstattung erfolgt auf das Konto, das der Krankenkasse für die Gesundheitsleistungen bekannt ist. Wenn das Geld auf ein anderes Konto überwiesen werden soll, setzen Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung, bevor Sie dieses Antragsformular vorlegen.

## Forderungsabtretung

Ich Unterzeichnete(r).....

übertrage dem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit SOLIMUT sämtliche Forderungsansprüche, die sich eventuell aus der Zahlung der Rechnung ergeben. Nr. der Rechnung ....., vom \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Einige der auf meiner Krankenhausrechnung aufgeführten Beträge können auch im Rahmen des Gesetzes über die "Maximale Gesundheitsrechnung" übernommen werden. Um eine Doppelerstattung dieser Beträge zu vermeiden, ermächtige ich meine Krankenkasse, SOLIMUT über den Stand meiner Erstattungen im Rahmen der "Maximalen Gesundheitsrechnung" zu informieren. Diese Mitteilung wird von SOLIMUT ausschließlich zur Bearbeitung meiner Akte verwendet.

Ich Unterzeichnete(r) erkläre hiermit, dass diese Auskünfte wirklichkeitsgetreu sind und versichere, die rechtlichen Bestimmungen auf der Rückseite gelesen zu haben. Ich verpflichte mich, die CKK-Assura über jede Rechnungskorrektur in Kenntnis zu setzen.

Datum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Unterschrift: .....

## Einige Ratschläge

Sie haben außer der Krankenhausversicherung der Christlichen Krankenkasse noch eine andere Versicherung: In diesem Fall bitten wir Sie, diese Rechnung zunächst bei der anderen Versicherung einzureichen. Wir können im Rahmen unserer Bestimmungen einen Teil der Kosten übernehmen, die nicht von dieser Versicherung übernommen werden, wenn Sie uns die Abrechnung der anderen Versicherung mit einer Kopie der Krankenhausrechnung zukommen lassen..

**Sie sind unserer Krankenhausversicherung Hospi +100/200 angeschlossen:** dann füllen Sie auch den anderen Vordruck für die vor- und nachstationären Leistungen aus.

## Forderungsabtretung

Durch Ihre Unterschrift geben Sie der Krankenkasse die Möglichkeit, Beträge, die zu Unrecht abgerechnet wurden, gegenüber dem Krankenhaus zurückzufordern. Diese Beträge werden Ihnen im Rahmen der Krankenhausversicherung erstattet.

## Verteidigung der Interessen unserer Mitglieder (Rechtsabteilung)

Wenn es Schwierigkeiten mit der Rechnung eines Krankenhauses gibt, vertritt unsere Krankenkasse gerne Ihre Rechte. Wenden Sie sich an die für die Rechtsberatung zuständige Stelle Ihrer Christlichen Krankenkasse oder Ihre Geschäftsstelle. Unser Mitarbeiter wird Ihnen genau erklären, was Sie zu tun haben.

## Weitere Auskünfte?

Wenden Sie sich an einen unserer Kundenberater: 087 32 43 33.

## Rechtsklauseln

Ich erlaube meiner Krankenkasse, der CKK-Assura die Daten meiner Akte für die im Versicherungsvertrag genannten Personen (Verwaltungsdaten, Rechnungen und Kostenerstattungen, Unfallakte usw.) zu übermitteln, um:

- die Bearbeitung und die Genauigkeit meiner Versichertenakte zu verbessern,
- die Versicherten gegebenenfalls proaktiv auf dem Laufenden zu halten,
- die Erfüllung der Vertragsbestimmungen zu überwachen und insbesondere die Erstattungen im Rahmen von Schadensfällen mit Fremdverschulden gegenüber Dritten zurückzufordern,
- die Versicherungsdienstleistungen zu erbringen und zu verwalten, einschließlich der Erstellung von Statistiken.

Ich erlaube der CKK-Assura, meiner Krankenkasse die Auskünfte meiner CKK-Assura-Akte für die im Versicherungsvertrag genannten Personen zu übermitteln, die zur korrekten Erbringung der Dienstleistungen und Vorteile der CKK-Zusatzleistungen sowie der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich sind.

Die CKK-Assura übermittelt Dritten diese Daten nur wenn dies für die Durchführung des Versicherungsvertrags und/oder die Erfüllung der gesetzlichen Rechte und Pflichten der CKK-Assura erforderlich ist (z.B. Rückforderungen gegenüber haftpflichtigen Dritten).

Ich kann die Informationen erhalten, die die CKK-Assura über die im Versicherungsvertrag genannten Personen besitzt. Unstimmige Daten kann ich korrigieren oder entfernen lassen. Ich habe das Recht, mich der Verwendung meiner Daten zu Direktmarketingzwecken zu widersetzen. Zu diesem Zweck ist ein schriftlicher, datierter und unterzeichneter Antrag an die VGaG CKK-Assura mit einer Kopie meines Ausweises zu schicken.

## Beschwerde

Beschwerden gegen den Versicherungsvertrag können beim Ombudsmann des LBCK, Chaussée de Haecht 579, BK 40, 1031 Schaerbeek, oder beim Ombudsmann für die Versicherungen, Square de Meeûs 35, 1000 Brüssel, Tel. 02 547 58 71, Fax 02 547 59 75, [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as), eingelegt werden.