

zurücksenden an:

DBV Deutsche Beamtenversicherung  
Krankenversicherung  
65172 Wiesbaden

Versicherungsnummer:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Bankleitzahl

Kontonummer

das Konto gilt auch für den Beitragseinzug

## Aufstellung der angefallenen Kosten je Person

|   | Vorname    | Vorname | Vorname                                      | Vorname |
|---|------------|---------|--|---------|
| <b>Ambulante Behandlung inkl. Heilmittel</b><br>(z.B. Massagen),<br>und Hilfsmittel | Betrag     | Betrag  | Betrag                                       | Betrag  |
|   |            |         |  |         |
|   |            |         |  |         |
|   |            |         |  |         |
| <b>Arznei- und Verbandmittel</b>  | Betrag     | Betrag  | Betrag                                       | Betrag  |
|   |            |         |  |         |
|   |            |         |  |         |
|   |            |         |  |         |
| <b>Zahnärztliche Behandlung inkl. Kieferorthopädie</b>                              | Betrag     | Betrag  | Betrag                                       | Betrag  |
|   |            |         |  |         |
|   |            |         |  |         |
| <b>Stationäre Behandlung inkl. Arzt- und Transportkosten</b>                        | Betrag     | Betrag  | Betrag                                       | Betrag  |
|   |            |         |  |         |
|   |            |         |  |         |
| <b>Sonstige Behandlungen</b> (z.B. Kuren, Tagegelder)                               | Betrag     | Betrag  | Betrag                                       | Betrag  |
|   |            |         |  |         |
|   |            |         |  |         |
| <b>Summen</b>   |            |         |  |         |
|   |            |         | <b>Gesamtbetrag</b>                          |         |
|   | Ort, Datum |         | <b>Unterschrift des Versicherungsnehmers</b> |         |