

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR EINE BRILLE

Versicherter / Antragsteller:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Anschrift: _____

Angaben zur Brille / Sehhilfe:

Art der Sehhilfe (z.B. Brille, Gleitsichtbrille, Kontaktlinsen): _____

Rezeptdatum: _____

Sehstärke rechts (Sphäre / Zylinder / Achse): _____

Sehstärke links (Sphäre / Zylinder / Achse): _____

Hersteller / Modell: _____

Kaufpreis (netto): _____

Eigenanteil des Versicherten: _____

Kostenübernahme beantragt für Zeitraum von: _____

Grund der Kostenübernahme: _____

Erklärung / Einwilligung des Antragstellers:

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die oben genannte Sehhilfe durch meine Krankenversicherung. Ich erkläre, dass alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden und die Sehhilfe medizinisch notwendig ist. Ich bin damit einverstanden, dass die zur Prüfung der Kostenübernahme notwendigen Daten an die Krankenversicherung weitergegeben werden.

Unterschriften:

Versicherter / Antragsteller

Augenarzt / Optiker (Bestätigung)

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/antrag-kostenubnahme-brille/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.