

DOKUMENT BITTE AUSGEFÜLLT UND UNTERZEICHNET ZURÜCKSENDEN AN

**ADESIO Assurances ASBL**

Chaussée de Marche 604 – 5101 ERPENT

Tel. 078/150 154 – [sinistre@adesio.be](mailto:sinistre@adesio.be)

NAME UND VORNAME DES OPFERS : .....  
DATUM DES UNFALLS : ..... SCHADENSFALL NR. : .....  
Schule : .....  
Police-Nr. : .....

**BESCHEINIGUNG DER KOSTENERSTATTUNG DURCH DIE KRANKENKASSE**

**VON DER KRANKENKASSE AUSZUFÜLLEN**

Der/Die Unterzeichnete (Name und Vorname) :

.....

erklärt, dass die Krankenkasse .....  
eine Kostenerstattung infolge des nebenstehend  
genannten Unfalls in Höhe der nachstehenden Beträge  
geleistet hat :

**VOM EMPFÄNGER AUSZUFÜLLEN**

Name und Vorname des Mitglieds :

.....

Adresse : .....

Telefon : .....

Mitgliedsnummer bei der Krankenkasse: .....

Name der Leistungserbringer (Arzt, Krankenwagen, Krankenhaus)	Nr. und Datum der Leistung oder der Rechnung	Kostenerstattung durch die Krankenkasse	Tatsächliche Kosten	Restkosten zu Lasten des Mitglieds	Arzneimittelkosten (Belege beifügen (Musterform. BVAC))

Unterschrift des Mitarbeiters und Stempel der Krankenkasse

Der/Die Unterzeichnete ersucht die Versicherungsgesellschaft, den Betrag der ihm/ihr verbliebenen Restkosten per Überweisung auf das folgende Bankkonto zu erstatten :

Den .....20...

Datum und Unterschrift

**Wichtiger Hinweis:** Dem vorliegenden Dokument müssen unbedingt die Originale der Rechnungen, Behandlungsbescheinigungen und detaillierten Belege aller oben zurückgeforderten Kosten beigelegt werden.