

An die  
**ARAG Krankenversicherungs-AG**  
Hollerithstraße 11  
81829 München

Name \_\_\_\_\_  
Vers.-Nr. \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

## Leistungsantrag

Liegt ein Unfall vor?  ja  nein

Bitte überweisen Sie auf das bekannte Konto.

Bitte überweisen Sie künftig alle Erstattungen auf folgendes Konto:

Kontoinhaber   
Kreditinstitut   
IBAN   
BIC/SWIFT

**Weitere Mitteilungen bitte hier angeben. Zusätzliche Anmerkungen auf Ihren eingereichten Rechnungen können wir leider nicht verarbeiten.**

Tagsüber telefonisch erreichbar unter  
(freiwillige Angabe)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers