

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Versicherungsnummer: **KV**

Absender::

DMS 03460

Telefon tagsüber:

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln

Selbstauskunft zur Beantragung von Kur-Tagegeld

Bitte ergänzen Sie die fehlenden Angaben und kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an. Die angesprochenen Unterlagen fügen Sie bitte der Selbstauskunft bei.

Ich beantrage für die versicherte Person (Namen angeben) die Zahlung des Kurtagegeldes.

Die versicherte Person hat an einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme einschließlich Anschlussheilbehandlung teilgenommen.

a) Die Maßnahme wurde vom bis

stationär in der Einrichtung (Name der Einrichtung) durchgeführt.

Eine Kopie des ärztlichen Entlassungsberichts mit Angabe der Diagnose(n), des Behandlungszeitraumes und der durchgeführten Maßnahmen habe ich beigelegt.

ambulant/ teilstationär in (Ort angeben) durchgeführt.

Eine Kopie des Kurberichts des behandelnden Kurarztes mit Angabe der Diagnose(n), des Behandlungszeitraumes und der durchgeführten Maßnahmen habe ich beigelegt.

b) Die Aufwendungen für die Maßnahme nach a) wurden bzw. werden (überwiegend/teilweise) übernommen (auch Mehrfachnennungen sind möglich!)

von meinem gesetzlichen Rehabilitationsträger (z.B. gesetzliche Krankenversicherung, Deutsche Rentenversicherung, einem Versorgungswerk, einer Berufsgenossenschaft etc.)

von meinem Beihilfeträger zu % (Bemessungssatz), von meiner privaten Versicherung zu %

von meiner privaten Krankheitskosten-Versicherung

von meiner privaten Krankheitskosten-Versicherung mit integriertem Kurtagegeld (nicht Kurkosten) in Höhe von EUR täglich

von meinem speziellen Kurtarif. Bei Tagegeld: in Höhe von EUR täglich

von keinem anderen Kostenträger. Ich bin Selbstzahler* und werde für diese Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme auch keine Leistungen bei einem anderen Kostenträger beantragen.

* Sie sind Selbstzahler, wenn Sie die Kurmittel/Kuranwendungen selbst bezahlen und nicht von einem Dritten hierzu Leistungen erhalten.

Sie sind kein Selbstzahler, wenn Sie lediglich gesetzlich vorgesehene Selbstbehalte oder Zuzahlungen sowie Fahrtkosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder ähnliches zu tragen haben.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Mir ist bekannt, dass die DKV zur Überprüfung meiner Angaben weitere Nachweise (z. B. Ablehnungsbescheid des zuständigen gesetzlichen Rehabilitationsträgers, von mir selbst gezahlte Rechnungen als Selbstkostennachweise) anfordern kann.

Ort

Datum

Unterschrift