



## ANTRAG KOSTENERSATZ FÜR DIE INANSPRUCHNAHME ÄRZTLICHER HILFE IM AUSLAND

Ich nehme die Information auf der Rückseite zur Kenntnis und beantrage die Auszahlung des nach inländischen Rechtsvorschriften gebührenden tariflichen Kostenersatzes der aus der (den) beiliegenden Rechnung(en) ersichtlichen Kosten der Krankenbehandlung für

Titel, Familienname, Vorname des Versicherten	Versicherungsnummer
Titel, Familienname, Vorname des Angehörigen	Versicherungsnummer

Grund des Aufenthaltes <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Krankenbehandlung <input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> Sonstiges					
Land		Währung		Gesamtbetrag	
Behandlung beim Arzt:	Anzahl	Datum	Anzahl	Datum	Hausbesuch:
Leistungen (z.B. Medikamente, Spritzen, Verband, Röntgen, etc.)					
Ambulanz	Anzahl	Datum	Leistungen (z.B. Medikamente, Röntgen, Ultraschall, etc.)		
Krankenhaus (Stationärer Aufenthalt) von _____ bis _____ Diagnose / Erkrankung / Unfall?					
Fremdverschulden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

Meine Bankverbindung lautet:

IBAN	Kontoinhaber
BIC	Geldinstitut

### ERKLÄRUNG

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die **Europäische Krankenversicherungskarte** (Rückseite der e-card) nicht verwendet habe und die Kosten der Behandlung und Medikamente, wie aus beiliegender Honorarnote und Medikamentenrechnung ersichtlich, zur Gänze bezahlt habe.

Weiters bestätige ich, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass ich bei unwahren Angaben den zu Unrecht bezogenen Kostenersatz zurückzahlen muss (§ 76 GSVG/ § 72 BSVG).

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage unter [www.svs.at/vvt](http://www.svs.at/vvt).

## INFORMATION

Zur raschen Bearbeitung Ihres Antrages auf Kostenersatz für Behandlungskosten im Ausland benötigen wir Ihre Mithilfe. Dazu bitten wir Sie, nachfolgende Punkte zu beachten und die Fragen auf der Vorderseite vollständig zu beantworten.

1. Bitte legen Sie ausschließlich **bezahlte Originalrechnungen** (mit Zahlungsvermerk, Zahlungsbestätigung) vor. Haben Sie von der behandelnden Stelle nur Durchschläge oder Kopien bekommen, vermerken Sie dies bitte auf den Rechnungen.
2. Der Name **des Patienten**, die **behandelnde Stelle** (Stempel des Arztes oder der Behandlungseinrichtung) sowie die **Krankenbehandlung** und das **Behandlungsdatum** müssen auf den Rechnungen ausgewiesen sein.
3. In Einzelfällen kann es notwendig sein, dass wir von den Unterlagen entsprechend beglaubigte Übersetzungen benötigen. Die Kosten der Übersetzung werden von der SVS nicht übernommen.

Damit die Texte leichter lesbar bleiben, verzichten wir auf eine Unterscheidung des Geschlechts. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung geschlechtsneutral.