



Bei Erstattungswünschen immer dieses Formular verwenden
Please use this form for reimbursement

Advigon Versicherung AG
KV – Leistungsservice
20911 Hamburg

Name / family name	Vorname / first name	Versicherungsnr. / insurance no.
--------------------	----------------------	----------------------------------

aktuelle Adresse / effective address

Adresszusatz / address appendix	Straße und Hausnummer / street and house no.	PLZ und Wohnort / zip code and town/city
---------------------------------	--	--

Bankverbindung für die Erstattung / bank details for the refund

Kontoinhaber / account holder	IBAN
	DE
Name Kreditinstitut / name of bank	BIC

Bitte ankreuzen / please mark with a cross

- Bitte rechnen Sie direkt mit dem Arzt ab / Please settle the account directly with the doctor
- Die in der / den Arztrechnung/ -en beschriebenen Leistungen wurden erbracht. / The services described in the doctor's bill were carried out

Datum / date	Unterschrift / signature
--------------	--------------------------