

MSH INTERNATIONAL (EVS)  
 82 rue Villeneuve  
 92587 Clichy Cedex  
 France  
 Tel : +33 (0)1 44 20 82 10  
 Fax : +33 (0)1 44 20 48 79  
[indiveurope@msh-intl.com](mailto:indiveurope@msh-intl.com)  
[www.msh-intl.com/global](http://www.msh-intl.com/global)

## Antrag auf Kostenrückerstattung (German Version)

Sollten Sie Leistungen der französischen oder einer anderen Sozialversicherung beziehen, müssen Sie vor Einreichen des Kostenrückerstattungsantrags bei European Benefits Administrators, eine Rückerstattung bei Ihrem Erstversicherer beantragen. In diesem Fall bitten wir Sie darum, uns eine Kopie Ihrer medizinischen oder zahnärztlichen Rechnungen, sowie den Originalleistungsnachweis des Erstversicherers zuzusenden.

### Hilfreiche Tips

- Fertigen Sie Kopien aller Belege an.
- Zur Vermeidung kleinerer Rückerstattungsbeträge sammeln Sie bitte Ihre Forderungen.
- Fügen Sie Originalrechnungen, Kopien der Rezepte für die Medikamente sowie Zahlungsbelege bei.
- Um ein Verweigern der Kostenrückerstattung zu verhindern müssen Sie bei Behandlungsverfahren, welche fünf oder mehr Arztbesuche erfordern (z.B. Krankengymnastik) eine Vorabgenehmigung beantragen.
- Kostenrückerstattungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsdatum beantragt werden.
- Bei Einreichung des ersten Rückerstattungsantrags oder bei Veränderungen Ihrer Bankdaten bitten wir Sie ein offizielles Dokument Ihrer Bank beizufügen, welches sämtliche relevanten Bankdaten enthält. Diese umfassen: Kontonummer, Name des Kontoinhabers, Name und Adresse der Bank, IBAN Code (Europa), ABA Nummer (USA), SORT Code (GB) oder andere.

Senden Sie Ihren Originalantrag auf Kostenrückerstattung bitte per Post an: MSH INTERNATIONAL

### 1 VERSICHERUNGSNEHMER

ID # / EVS N°	Familienname	Vorname	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)
Telefonnummer	Email-Adresse		
	1 - Heimatadresse		2 - Adresse während des EVS-Projekts
C/O			
Straßen-Nr., Wohnungs-Nr., Etagen-Nr.			
PLZ			
Stadt			
Land			

Bitte geben Sie an, welche Anschrift als Kontakt verwendet werden soll:  1 (Heimatadresse)  2 (EVS-Projektadresse)

### INTERNATIONALE BANKVERBINDUNG

Dieser Abschnitt ist wichtig. Bitte geben Sie an, auf welches Konto der Betrag überwiesen werden soll (Ihr Konto, das Konto Ihrer Organisation, das Konto des Arztes, usw....):

Name des Kontoinhabers	
Name der Bank	
Komplette Adresse der Bank	
Komplette Bankverbindung für internationale Überweisungen (IBAN-Nr)	
SWIFT/ SORT Code / BIC	
Währung	

## 2 MEDIZINISCHE BEHANDLUNGEN UND PRODUKTE (eine Zeile pro Aufwendung)

	Datum der Behandlung	Beschreibung der med. Behandlung, Verordnung	Diagnose oder Grund der med. Behandlung	Rechnungsbetrag	Währung	Arzt oder Institution	Land
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

Bitte geben Sie an, sollte eine der obigen Rechnungen aus einem Unfall resultiert sein.  JA  NEIN  
Falls ja, beschreiben Sie bitte den Unfall:

## 3 UNTERSCHRIFT

Hiermit bestätige ich, daß sämtliche Daten der Wahrheit entsprechen und nach bestem Wissen angegeben wurden.

Datum: ..... Unterschrift des Versicherungsnehmers: .....