

**ARAG Krankenversicherung AG**

Prinzregentenplatz 9

**81675 München**

**Versicherungsnummer**

ß bitte immer eintragen

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

beiliegend erhalten Sie gemäß nachfolgender Aufstellung Rechnungen / Leistungsbelege mit Bitte um tarifgemäße Leistung.

Versicherungsnehmer (Name, Vorname)
Straße Nr., PLZ Ort
Telefon-Nr. (für Rückfragen)

<b>Nr.</b>	<b>Name d. behandelnden Arztes</b>	<b>Rechnungsbetrag</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
<b>Gesamtbetrag</b>		

Bitte erstatten Sie den Leistungsbetrag auf das bei Ihnen gespeicherte Konto.

Mit freundlichen Grüßen