

Vertrags-Nr.: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie, sollten die folgenden Informationen nicht auf den Rechnungen gegeben sein:**

- 1) Diagnose/Art der Erkrankung;
- 2) Information über die durchgeführte Behandlung, Behandlungsdatum, Einzelkosten;
- 3) Bei einem Medikamentenbezug in der Apotheke benötigen wir das dazugehörige Rezept; für einen Brillen-/Kontaktlinsenbezug benötigen wir die Angabe der Dioptrie und den dazugehörigen Zehnachweis;
- 4) Sollten die Informationen nicht in Deutscher bzw. Englischer Sprache vorhanden sein, geben Sie uns bitte eine kurze Information hierzu;
- 5) Gerne können Sie Ihre Rechnungen aus dem Ausland per E-Mail senden an: [leistungsbearbeitung@inter.de](mailto:leistungsbearbeitung@inter.de)

Nr.	Familienname	Vorname	Behandlungsdatum	Diagnose/Art der Erkrankung	Währung	Betrag der Rechnung
1	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

IBAN (Internationale Bankkontonummer): \_\_\_\_\_ BIC (or Swift code): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift