Formular drucken | Lokales Speichern | Formular zurücksetzen

Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Josef-Pongratz-Platz 1, Postfach 900, A-8011 Graz, Tel. 0316-8035-0, www.stgkk.at

Sehr geehrte Versicherte,
Sehr geehrter Versicherter,

nimmt ein (e) Versicherte(r) (Angehörige(r)) der Kasse in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) ohne Verwendung eines Betreuungsscheines bzw. der EKVK (Europäische Krankenversicherungskarte) Sachleistungen im Rahmen der Krankenbehandlung in Anspruch, sind für die Erstattung dieser Kosten die Bestimmungen des Artikels 25 der Verordnung (EWG) Nr. 987/2009 des Rates der Europäischen Gemeinschaft maßgebend.

In Ihrem Fall sind wir daher verpflichtet, die Behandlungskosten in der Höhe jenes Betrages zu erstatten, den der Krankenversicherungsträger des Aufenthaltsortes der betreffenden Einrichtung geleistet hätte. Dies bedeutet, dass wir bei diesem Träger die Tarifsätze der jeweiligen Leistungen anfordern müssen, was **zu erheblichen Verzögerungen** bei der Erledigung Ihres Leistungsantrages führen könnte.

Die EWR-Bestimmungen (Art.25 Abs.6) sehen aber auch vor, dass wir für die Kostenerstattung die für unsere Kasse geltenden Tarifsätze heranziehen können, sofern Sie Ihre Zustimmung mittels nachfolgender Erklärung erteilen.

Name: _____

VSNR: _____

Kostenerstattung nach Inanspruchnahme von Sachleistungen
im Rahmen der Krankenbehandlung in einem Mitgliedsland des
Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)

Erklärung

Im Zusammenhang mit der oben angeführten Leistungsangelegenheit wurde ich über die im Artikel 25 Abs.5 und 6 des Abkommens mit dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) festgelegten Bestimmungen aufgeklärt.

Mit meiner eigenhändigen Unterschrift erkläre ich rechtsverbindlich und unwiderruflich, dass ich die Kostenerstattung nach den für die Steiermärkische Gebietskrankenkasse geltenden Tarifsätzen wünsche, wie dies im Artikel 25 Abs. 6 des Abkommens (VO 987/2009 in Verbindung mit der VO 883/2004) bestimmt wird. Es ist mir bewusst, dass damit eine nachträgliche Forderung auf eine höhere Kostenerstattung ausgeschlossen ist.

_____ .....
Datum eigenhändige Unterschrift der/des Versicherten