

Concordia  
Krankenversicherungs-AG  
Leistungsabteilung  
30621 Hannover

Absender:

---

---

---

---

---

## Leistungsantrag

► Versicherungsschein-Nr.:

(bitte stets angeben)

Bitte überweisen Sie den Leistungsbetrag auf folgende Kontoverbindung:

Kreditinstitut

IBAN

Kontoinhaber/in

**Ich bevollmächtige die Concordia Krankenversicherungs-AG hiermit, an die angegebene Kontoverbindung – auch für zukünftige Leistungsfälle – so lange mit befreiender Wirkung auszahlen zu dürfen, bis ich dies schriftlich widerrufe.**

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

### Hinweise zur Einreichung – eine Checkliste:

- ✓ Vollständige Rechnung (Vorder- und Rückseite sowie Anlagen)
- ✓ Anlage der Rezepte und Verordnungen
- ✓ Lesbare Unterlagen
- ✓ Keine Zahlungserinnerung oder Mahnung

KL0000001

KV-31-2025-01 1/1