**ANHANG ZUM ANTRAG**

MUTUELLE-ALEBA-ANHANG-ZUM-ERSTATTUNGSANTRAG-SOZIALFONDS 1.4.2022

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A) Rechnungsbeträge** | | | | **B) Erstattete Beträge** | | | |
| **Datum** | **Lieferant** | **Rechnungsbetrag** | **Keine Erstattung durch die CNS** | **CNS** | **CMCM** | **Zusatzversicherung** | **Differenz**  **zu Lasten** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total :** | |  |  |  |  |  |  |

**ACHTUNG :**

Beträge, die nicht von der CNS oder einer anderen obligatorischen Krankenkasse übernommen werden, werden nicht berücksichtigt.

**Die ungedeckten Kosten müssen mindestens 650.- € ergeben.**

**Der maximale Erstattungsbetrag beläuft sich auf 2.000.- €.**

Alle Belege müssen dem Antrag beigefügt sein.

Etwaige Bemerkungen:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ..……………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung der Wahrheit entspricht und vollständig ist.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Wohnort) |  | (Datum) |  | (Unterschrift) |