

Bitte ausfüllen!

An die

**KNAPPSCHAFT
Kranken- und Pflegeversicherung
45095 Essen**

Kranken- und Pflegeversichertennummer
Name, Vorname, Geburtsdatum
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort

Erstattungsantrag auf Grund eines Arzneimittelrückrufs

Ich bitte um die Erstattung der von mir geleisteten Zuzahlung im Rahmen des Rückrufs von Medikamenten mit dem Wirkstoff Ranitidin. Die in diesem Zusammenhang ausgestellte Quittung der Apotheke ist beigelegt.

Den Erstattungsbetrag überweisen Sie bitte auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Name und Sitz der Bank: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift