

## Bitte ausfüllen!

An die

**KNAPPSCHAFT**  
**Kranken- und Pflegeversicherung**  
**45095 Essen**

<b>Kranken- und Pflegeversichertennummer</b> 
Name, Vorname, Geburtsdatum
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort

# Erstattungsantrag

Ich bitte um die Erstattung der von mir geleisteten Zuzahlung im Rahmen des Rückrufs von Medikamenten mit dem Wirkstoff Valsartan. 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