

[Vorname Nachname]

[Straße und Hausnummer]

[Postleitzahl und Stadt]

[Telefonnummer]

[E-Mail-Adresse]

[Datum]

Anfrage zu Konditionen der Kostenerstattung für zahnärztliche Versorgung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich interessiere mich für die Option der Kostenerstattung für zahnärztliche Versorgungsleistungen und würde gerne mehr über die damit verbundenen Konditionen erfahren.

Bitte informieren Sie mich über:

1. Die Liste der erstattungsfähigen zahnärztlichen Leistungen.
2. Das Verfahren der Einreichung und Erstattung von Rechnungen.
3. Mögliche Selbstbehalte und Höchstbeträge, die von der Erstattung ausgeschlossen sind.
4. Die Fristen, die ich für die Einreichung der Kostenerstattungsanträge beachten muss.

Ich danke Ihnen im Voraus für Ihre Unterstützung und freue mich auf Ihre Rückmeldung.

Mit freundlichen Grüßen,

[Handschriftliche Unterschrift]

[Vorname Nachname]