

zurück an:

BKK Akzo Nobel Bayern
Glanzstoffstraße 1
63906 Erlenbach

Antrag auf Erstattung von meinem Gesundheitskonto/Mehrleistung

Name*: _____ Vorname*: _____

Geb.datum*: _____ Versichertennummer*: _____

*(Angabe zwingend erforderlich)

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um Erstattung folgender Rechnung(en) auf das u. g. Bankkonto:

Bitte ankreuzen	Leistung	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag
<input type="checkbox"/>	Seehilfe		
<input type="checkbox"/>	Osteopathie		
<input type="checkbox"/>	Prof. Zahnreinigung		
<input type="checkbox"/>	Ärztliche Vorsorgeuntersuchung		
<input type="checkbox"/>	Impfung(en)		

Bankenname: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Datum, Unterschrift, Telefon tagsüber

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung beruht auf § 67a SGB X i. V. m. §§ 60 ff SGB I und ist erforderlich, um Ihren Leistungsantrag zu bearbeiten (§ 11 Abs. 6 SGB V). Die Angaben zu Ihrer Telefonnummer sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu diesem Fragebogen verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.bkk-akzo.de/Datenschutz oder vom Datenschutzbeauftragten der BKK Akzo Nobel unter datenschutz@bkk-akzo.de.