

zurück an:

BKK Akzo Nobel Bayern
Glanzstoffstraße 1
63906 Erlenbach

Antrag auf Erstattung aus meinem Gesundheitskonto/Mehrleistungen

Name: _____ Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ/ Ort: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um Erstattung folgender Rechnung(en) auf das unten genannte 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