

# Antrag auf Genehmigung eines Zuschusses zur künstlichen Befruchtung

Nach § 12 Abs. 8 Nr. 2 der Satzung der BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN

Bitte zurück an:

BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN  
Zentrale  
Bahnhofstraße 19  
34212 Melsungen

## Persönliche Angaben



<input type="text" value="Name"/>	<input type="text" value="Geburtsdatum"/>
<input type="text" value="Vorname"/>	<input type="text" value="Krankenversicherungsnummer"/>
<input type="text" value="Straße/Hausnummer"/>	<input type="text" value="Telefonnummer (tagsüber)*"/>
<input type="text" value="PLZ/Ort"/>	<input type="text" value="Handynummer*"/>

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage hiermit einmalig einen Zuschuss in Höhe von:

500 Euro

1.000 Euro

Name des bei der BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN versicherten  
Ehegatten:

zur künstlichen Befruchtung (maximal 100 Prozent des von mir geleisteten Eigenanteils).

Ich bitte Sie um Überweisung des Erstattungsbetrages gemäß § 12 Abs. 8 Nr. 2 der Satzung der  
BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN auf folgendes Bankkonto:

<input type="text" value="IBAN"/>	<input type="text" value="BIC (Swift-Code)"/>
<input type="text" value="Name des Geldinstituts"/>	<input type="text" value="Kontoinhaber"/>

Als Kostennachweis habe ich Rechnungen über Eigenanteile nach § 27 SGB V im Original beigelegt.  
Mir ist bewusst, dass die BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN nur Leistungen erstattet, die bis spätestens 31. März  
des Folgejahres beantragt werden.

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Erstattung von Leistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V erhoben und verarbeitet. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Erstattung nicht geprüft und durchgeführt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.bkk-wf.de/datenschutz](http://www.bkk-wf.de/datenschutz). Die mit \* gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die generelle Kontaktaufnahme mit Ihnen.

## Unterschrift



<input type="text" value="Ort/Datum"/>	<input type="text" value="Unterschrift des Versicherten"/>
--	--