

# Antrag auf Genehmigung zusätzlicher Leistungen bei Naturarzneimittel

Nach § 12 Abs. 8 Nr. 6 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 hatte Aufwendungen für (privat-)ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige jedoch apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie bzw. Phytotherapie oder Anthroposophie und beantrage hiermit die Kostenerstattung im Rahmen der Satzungsmehrleistung:

für mich

für mein Kind

Ärztliche Verordnungen sind beigelegt.

Spezifizierte Rechnungen der Apotheke sind beigelegt.

Ich bitte Sie um Überweisung des Erstattungsbetrages gemäß § 12 Abs. 8 Nr. 6 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"/>

Mir ist bewusst, dass die BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN nur Leistungen aus dem Jahr 2020 erstattet, die bis spätestens 31. März 2021 eingereicht und 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"/>
----------------------------------------	------------------------------------------------------------