

Antrag auf Erstattung zusätzlicher Leistungen der Osteopathie

nach § 12 Abs. 8 Nr. 6b 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 vorab ärztlich verordnete osteopathische Leistungen und beantrage hiermit die Kostenerstattung im Rahmen der Satzungsmehrleistung:

Für mich

Für mein Kind

Ärztliche Bescheinigungen sind beigelegt.

Rechnungen des Leistungserbringers sind beigelegt.

Mitglied im Berufsverband der Osteopathen: _____

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

Mir ist bewusst, dass die BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN nur Leistungen aus dem Jahr 2024 erstattet, die bis spätestens 31. März 2025 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. 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="X Unterschrift des Versicherten"/> |
|--|--|