

# ANTRAG AUF ERSTATTUNG ZUSÄTZLICHER ZAHNÄRZTLICHER LEISTUNGEN

NACH § 12 ABS. 8 NR. 3 DER SATZUNG DER BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN

Bitte zurück an:

**BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN**  
Zentrale  
Bahnhofstraße 19  
34212 Melsungen

## PERSÖNLICHE ANGABEN



Name	Geburtsdatum
Vorname	Krankenversicherungsnummer
Straße/Hausnummer	Telefonnummer (tagsüber) *
PLZ/Ort	Handynummer *

Ich beantrage hiermit einen Zuschuss von maximal 50 Euro zu folgender Leistung:

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> für mich                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> für das Kind                                                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung nach Vollendung des 18. Lebensjahres                                                                                                                                                                                          | _____                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Mehrkosten für Zahnfüllungen ab Vollendung des 18. Lebensjahres durch einen zugelassenen oder berechtigten Zahnarzt                                                                                                                                        | Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Anästhesie (Vollnarkose) bei der chirurgischen Entfernung von Weisheitszähnen, sofern diese keine Leistung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung ist | <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, wenn sie in kieferorthopädischer Behandlung nach § 29 SGB V sind und die Behandlung nicht durch den behandelnden Kieferorthopäden durchgeführt wird. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Kosten für die Fissuren-Versiegelung der kariesfreien Prämolaren bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.                                                                                                                                  |

Die Rechnung/en ist/sind beigefügt.

Ich bitte Sie um Überweisung des Erstattungsbetrages gemäß § 12 Abs. 8 Nr. 3 der Satzung der BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN auf folgendes Bankkonto:


DE _____	_____
IBAN	BIC (SWIFT-CODE)
Name des Geldinstitutes _____	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 und werden nicht zu werblichen Zwecken genutzt.

## UNTERSCHRIFT



Ort/Datum	 Unterschrift des Mitglieds
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------