

ANTRAG AUF ERSTATTUNG ZUSÄTZLICHER LEISTUNGEN DER MEDIZINISCHEN VORSORGE

NACH § 12 ABS. 8 NR. 8 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 die Kostenerstattung von maximal 25 Euro für privatärztlich verordneter Vorsorgemaßnahmen aufgrund zusätzlicher Risikofaktoren:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Glaukom-Vorsorge | <input type="checkbox"/> Mammographie zur Brustkrebsfrüherkennung vor Vollendung des 50. Lebensjahres |
| <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchung der Brust | <input type="checkbox"/> Gesundheitsuntersuchung vor Vollendung des 35. Lebensjahres |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebsvorsorge | <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung bei ärztlich begründetem Verdacht auf Osteoporose ab Vollendung des 55. Lebensjahres |

Die Rechnung/en ist/sind beigelegt.

Ich bestätige, im Kalenderjahr der Zusatzleistung keine Regelleistung in Anspruch genommen zu haben oder noch in Anspruch zu nehmen.

Name des Geldinstitutes _____

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

____ | ____
BIC (SWIFT-CODE)

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. Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die generelle Kontaktaufnahme mit Ihnen.

UNTERSCHRIFT



_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift des Versicherten
--------------------	--

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN

Das Vorliegen zusätzlicher Risikofaktoren wird bestätigt.

Bei Leistungen der Hautkrebsvorsorge oder einer Knochendichtemessung: im Kalenderjahr der Zusatzleistung wurde keine gleichwertige Leistung der Regelversorgung in Anspruch genommen.

Datum _____ Arztstempel/Unterschrift _____