

BKK ProVita
Bahnhofstr. 4
91522 Ansbach

Erstattungsantrag für die Eigenanteile der Kieferorthopädischen Behandlung

Name, Vorname, Geburtstag, Versicherungsnummer

Hiermit beantrage ich die Erstattung der beiliegenden Rechnung(en) über den Eigenanteil der kieferorthopädischen Behandlung.

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf folgendes Konto:

Bank / Kreditinstitut:	Kontoinhaber
IBAN:	BIC:

Soll diese Kontonummer für künftige Anträge/Erstattungen für Sie in Ihrem Stammdatensatz hinterlegt werden? ja nein, bitte nur für diesen Antrag

Bitte fügen Sie die Rechnungen und eventuelle Laborkostenrechnungen im Original und in zeitlicher Reihenfolge sortiert bei!

Zur gleichen Zeit befand sich

noch ein weiteres Kind in kieferorthopädischer Behandlung:

Name, Vorname, Geburtstag

kein weiteres Kind in kieferorthopädischer Behandlung.

Tagsüber bin ich telefonisch unter folgender Nummer zu erreichen: _____

Datum, Unterschrift Kind	Datum, Unterschrift Vater	Datum, Unterschrift Mutter
---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V erhoben und verarbeitet, um Ihren Antrag bearbeiten zu können. Bitte beachten Sie, dass es bei der Leistungsgewährung zu Nachteilen führen kann, sofern uns erforderliche Angaben und Daten nicht vorliegen (§§ 60ff. SGB I – Mitwirkung des Leistungsberechtigten). Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-provita/datenschutz.