

BKK *GesundPlus* - das Gesundheitskonto der BKK ProVita - **Erstattungsantrag**

Daten des Leistungsempfängers:

Bitte tragen Sie als Leistungsempfänger:in diejenige Person ein, die die Leistung erhalten hat. Wurde die Leistung von einem Kind in Anspruch genommen, tragen Sie bitte die Daten des Kindes ein.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Telefon, E-Mail-Adresse (Diese Angaben sind freiwillig, erleichtern aber kurzfristige Rückfragen.)

Für Ihr gesundes Leben bieten wir Ihnen mit BKK *GesundPlus* Extra-Leistungen für „Alternative Arzneimittel“ (Therapierichtungen: Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie), „Osteopathie“ und „Schutzimpfungen“. Sie können die für Sie persönlich wichtigen Leistungen wählen. Ihr Vorteil beträgt für alle 3 Leistungen insgesamt maximal **210 € pro Kalenderjahr**. Bitte beachten Sie die jeweiligen Höchstgrenzen für jede der Einzelleistungen.

Ich beantrage die Kostenübernahme für folgende Leistung(en):

- Alternative Arzneimittel** (Höchstgrenze pro Kalenderjahr: 120 €
Voraussetzung für die Erstattung: ärztliche Empfehlung (Rezept) + Apothekenrechnung)

- Osteopathie** (Höchstgrenze pro Kalenderjahr: 120 €
Voraussetzung für die Erstattung: ärztliche Empfehlung (Rezept) + Rechnungen von anerkannten Osteopath:innen z. B. Mitglieder in einem Osteopathenverband)

- Schutzimpfungen** (Höchstgrenze pro Kalenderjahr: 200 €
Voraussetzung für die Erstattung: ärztliche Empfehlung (Rezept) + Apothekenrechnung + ggf. Rechnungen der behandelnden Ärzt:innen bzw. bei Reiseimpfungen Angabe des Reiselandes)

Ihre Mitteilungen an uns: _____

(z. B. Anzahl der beigelegten Belege, Reiseland bei Reiseimpfungen etc.)

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf dieses Konto:

BIC | | | | | | | | | | Bank | _____

IBAN | **D** | **E** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Zahlungsempfänger:in: _____

(Name, Vorname - falls abweichend von der Leistungsempfängerin oder dem Leistungsempfänger)

Dieses Konto soll

bis auf Widerruf

einmalig genutzt werden

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte:r bzw. gesetzliche:r Vertreter:in