BKK *GesundPlus und BKK GesundPlus U21 - Erstattungsantrag*

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* und BKK GesundPlus U21 Extra-Leistungen für alternative Arzneimittel (der besonderen 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 **250 € (500 €*) pro Kalenderjahr**. Bitte beachten Sie die jeweiligen Höchstgrenzen für jede der Einzelleistungen.

Ich beantrage die Kostenübernahme für folgende Leistung(en):

- O **Alternative Arzneimittel:** Höchstgrenze pro Kalenderjahr: 160 € (250 €*)
  Voraussetzung für die Erstattung: ärztliche Verordnung (Rezept) + Apothekenrechnung)
- O **Osteopathie:** Höchstgrenze pro Kalenderjahr: 150 € (250 €*)
  Voraussetzung für die Erstattung: ärztliche Empfehlung bzw. Verordnung + Rechnungen von anerkannten Osteopath:innen z. B. Mitglieder in einem Osteopathenverband)
- O **Schutzimpfungen:** Höchstgrenze pro Kalenderjahr: 250 € (250 €*)
  Voraussetzung für die Erstattung: ggf. ärztliche Verordnung + Apothekenrechnung für den Impfstoff + Rechnungen der Ärzt:innen (bei Reiseimpfungen mit Angabe des Reiselandes)

*** Die Beträge in Klammern gelten für BKK *GesundPlus U21* für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres.**

Ihre Mitteilungen an uns: _____

(z. B. Anzahl der beigefügten 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 O bis auf Widerruf O einmalig genutzt werden

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Versicherte:r bzw. gesetzliche:r Vertreter:in