Antrag auf Erstattung von Schutzimpfungen

bkk melitta hmr
gemeinsam richtung gesundheit

bkk melitta hmr
ServiceCenter Minden
Postfach 1224
32372 Minden

Angaben zum Versicherten		
Name, Vorname	Versichertennummer	
Straße, Nr.	PLZ, Ort	Telefonnummer [1]

1 - freiwillige Angabe

Ich beantrage die Kostenübernahme einer selbstbezahlten	
☐ Reiseschutzimpfung wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes	Reiseland
☐ sonstigen Imfung: _____	Grund

☐ Ich habe die von der Apotheke quittierte Originalverordnung des Impfstoffes, sowie die Originalrechnung des Arztes beigefügt.

Die Erstattung soll auf folgendes Konto überwiesen werden

IBAN (internationale Kontonummer)

BIC (internationale Bankleitzahl)

Kontoinhanber

Kreditinstitut

Mit Angabe einer neuen Bankverbindung wird die bisherige Bankverbindung beendet. Weitere Erläuterungen zur Angabe, Änderung und Speicherung Ihrer Bankverbindung finden Sie auf unserer Homepage **www.bkk-melitta-hmr.de** unter Service – Ihre Bankverbindung.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/der Versicherten

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter **www.bkk-melitta-hmr.de** oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns per Telefon unter **0571 93409-0** oder per E-Mail unter **datenschutz@bkk-melitta.de** an.