Antrag auf Erstattung des Eigenanteils einer kieferorthopädischen Behandlung

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]

Der Eigenanteil der kierferorthopädischen Behandlung soll erstattet werden an

☐ die Mutter* ☐ den Vater* ☐ einen anderen Empfänger*

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

* zur Information: Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Elternteilen ist stets die Unterschrift beider Eltern in diesem Antrag erforderlich. Unterschreibt nur ein Elternteil, wird mit der Unterschrift erklärt, dass ihr/ihm das Sorgerecht allein zusteht oder im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

1 - freiwillige Angabe

Die Erstattung soll auf folgendes Konto überwiesen werden

IBAN (internationale Kontonummer)

BIC (internationale Bankleitzahl)

Kontoinhanber

Kreditinstitut

Weitere Erläuterungen zur Angabe, Änderung und Speicherung Ihrer Bankverbindung finden Sie auf unserer Homepage **www.bkk-melitta-hmr.de** unter Service – Ihre Bankverbindung.

Die Rechnung(en) und ggf. die Laborkostenrechnung(en) sind beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil (ggf. gesetzliche Vertretung)

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.