Versand per Post oder per E-Mail an **info@hkk.de**

hkk Krankenkasse
Kundenservice

28185 Bremen

Antrag auf Erstattung eines Gesundheitszuschusses aus dem Bonusprogramm hkk bonusaktiv

Meine Daten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Versichertennummer _____

PLZ/Ort _____ / _____

Meine Bankverbindung

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber*in: _____

Ich bitte um die Erstattung folgender Leistungen:

– bitte auswählen –

☐ Die entsprechende Rechnung (Kopie reicht aus) habe ich beigefügt.

_____ Datum

_____ Unterschrift
(Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind)

Hinweis zum Datenschutz:
Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet.
Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter www.hkk.de/datenschutz.