

hkk Krankenkasse  
Kundenservice  
  
28185 Bremen

## **Antrag auf Erstattung von Extra-Leistungen**

### **Meine Daten**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Postleitzahl/Ort /

### **Meine Bankverbindung**

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber

### **Ich bitte um die Erstattung folgender Leistungen:**

**Bitte durch Klick auf den Pfeil  
auswählen**

Die entsprechende Originalrechnung habe ich beigefügt.

Eine ärztliche Verordnung habe ich beigefügt  
(nur bei Osteopathie, Naturarzneimitteln und Schutz- und Reiseimpfungen).

---

Datum

---

Unterschrift

#### **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](http://www.hkk.de/datenschutz).