

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

hkk Krankenkasse
Kundenservice

28185 Bremen

Antrag auf Erstattung von Extra-Leistungen

Meine Daten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Versicherungsnummer

PLZ/Ort _____

Meine Bankverbindung

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber*in: _____

Ich bitte um die Erstattung folgender Leistungen:

- Die entsprechende Rechnung (Kopie reicht aus) habe ich beigelegt.
- Eine ärztliche Verordnung habe ich beigelegt
(nur bei Osteopathie, Naturarzneimitteln und Schutz- und Reiseimpfungen).

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.