

hkk
Kundenservice
Martinistraße 24
28195 Bremen

Antrag auf Erstattung von Extraleistungen

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 und
Naturarzneimitteln).

KGKAN201

Datum

Unterschrift