

energie-BKK

30134 Hannover

Erstattung der Eigenanteile

Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung von

Versichertennummer:

Vorname:

Nachname:

Wohnhaft:

Die Erstattung der Eigenanteile soll erfolgen an:

Name, Vorname:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber:

Telefon (freiwillige Angabe) E-Mail (freiwillige Angabe)

Datum

Unterschrift(en)

Bei geschiedenen oder getrennt leben Elternteilen ist die Unterschrift beider Eltern auf diesem Formular erforderlich. Versicherte über 18 Jahre unterschreiben das Formular bitte selbst.

Datenschutzhinweis

Die im Formular angegebenen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten wir gemäß Art. 6 EU-DSGVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben. Ihre freiwilligen Angaben werden von uns gespeichert und ausschließlich für den obengenannten Zweck verwendet. Nähere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite www.energie-bkk.de/datenverarbeitung oder in unseren Service-Centern.

Haben Sie Fragen? Rufen Sie uns gern an: Tel: 0511 911 10 911.