

BKK24 -

:

Telefon:
Telefax:
E-Mail:

BKK24-Hauptverwaltung – 31681 Obernkirchen

Sie erreichen uns persönlich:

Postanschrift für schriftliche Anliegen:
BKK24 | 31681 Obernkirchen

Ihr Zeichen:

Datum: 08.12.2022

Antrag auf Kostenerstattung

als Anlage erhalten Sie einen Antrag auf Kostenerstattung. Bitte füllen Sie den Teil „Antrag auf Kostenerstattung“ aus. Geben Sie bitte an, für welche Leistungsbereiche wir das Kostenerstattungsverfahren anstelle von Sach- und Dienstleistungen durchführen sollen.

Die Kostenerstattung erfolgt nach den Vorschriften unserer Kassensatzung. Dabei werden vom Erstattungsbetrag Abschläge insbesondere für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommen.

Wenn Sie Fragen haben, beantworten wird diese gern.

Mit freundlichen Grüßen

Zurück an:

BKK24
Sülbecker Brand 1
31681 Obernkirchen

Antrag Wahltarif nach §13 Abs. 2 SGB V

Vorname Name, Versichertennummer des freiwilligen Mitglieds
Name, Vorname, Versichertennummer des mitversicherten Angehörigen (nur erforderlich, wenn der Antrag vom Angehörigen gestellt wird).

Antrag auf Kostenerstattung

Die Erstattung erfolgt nach den Vorschriften der Kassensatzung. Dabei werden Abschläge unter anderem für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgenommen.

Hiermit beantrage ich

mit sofortiger Wirkung mit Wirkung ab _____

mit Wirkung ab Beginn der Mitgliedschaft

die Durchführung von Kostenerstattung anstelle der Sach- und Dienstleistungen. Die Kostenerstattung soll für folgende Leistungen durchgeführt werden

Heil- und Hilfsmittel (veranlasste Leistung) ärztliche Versorgung Stationärer Bereich Zahnärztliche Versorgung Arzneimittelversorgung

Name des Geldinstituts

Bankleitzahl	Kontonummer
IBAN	BIC
Kontoinhaber	

Widerruf des Antrags auf Kostenerstattung

Hiermit beantrage ich

mit sofortiger Wirkung mit Wirkung ab _____

mit Wirkung ab Beginn der Mitgliedschaft

die Durchführung von Sach- und Dienstleistungen anstelle der Kostenerstattung. Ab dem genannten Zeitpunkt soll die Kostenerstattung nicht mehr durchgeführt werden für

Heil- und Hilfsmittel (veranlasste Leistung) ärztliche Versorgung Stationärer Bereich Zahnärztliche Versorgung Arzneimittelversorgung

Datum telefonisch erreichbar unter Unterschrift des Mitglieds oder Familienversicherten Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (nur erforderlich, wenn der Versicherte das fünfzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat)

Zutreffendes bitte ankreuzen

Antragsprüfung				
Voraussetz. Erfüllt Beginn/Ende der Kostenerstattung	Leistungsabt. ben.:	Statistik	EDV erfasst	verständlich