

BMW BKK  
Postfach 15 33  
84126 Dingolfing

## Antrag auf Erstattung von Mehrleistungen.

### Meine Daten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenversicherungsnummer:  
(10 Zeichen)

### Bitte wählen Sie eine Leistung aus:

- Die Rechnung habe ich beigelegt.
- Eine ärztliche Verordnung habe ich beigelegt.  
(nur bei Osteopathie und apothekenpflichtigen Arzneimitteln bei Schwangerschaft)

### Meine Bankverbindung lautet:

IBAN:  
(22 ZY]WYb`c\bY`@YYfnY]WYb)

BIC:  
(8 oder 11 Zeichen)

Name der Bank:

---

Datum und Unterschrift

Telefonnummer

**Bitte klammern oder kleben Sie Ihre beigelegten Belege nicht. Dies erleichtert uns die Weiterverarbeitung. Vielen Dank! Die zahlungsbegründenden Nachweise müssen bis spätestens zum 31.03. des Folgejahres eingereicht werden.**

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BMW BKK notwendig. Ihre Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Website [www.bmw-bkk.de/datenschutz](http://www.bmw-bkk.de/datenschutz).