

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]WXYb`c\bY`@YYfnY]WXYb) _____

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.bmwbbk.de/datenschutz.