

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

### Meine Bankverbindung lautet:

IBAN:  
(22 Zeichen)

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.**