



BKK Akzo Nobel Bayern
Industrie Center Obernburg
63784 Obernburg

Fax: 06022 70698-400
E-Mail: leistungen@bkk-akzo.de
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 06022 7069-400

Bitte vollständig und unterschrieben an uns zurückschicken (per Post, Fax oder Mail). Vielen Dank!

1. Angaben des Versicherten

Name, Vorname des Mitglieds	Versichertennummer des freiwilligen Mitglieds
-----------------------------	---

Name, Vorname des mitversicherten Angehörigen *	Versichertennummer
---	--------------------

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

sämtliche Leistungen oder ärztliche Behandlung Krankenhausbehandlung Heilmittelversorgung Zahnärztliche Behandlung Arzneimittelversorgung

BIC	Bank
-----	------

IBAN

 D E _____

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

sämtliche Leistungen oder ärztliche Behandlung Krankenhausbehandlung Heilmittelversorgung Zahnärztliche Behandlung Arzneimittelversorgung

Unterschrift

Datum	Tel. für evtl. Rückfragen	Unterschrift	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters**
-------	---------------------------	--------------	--

Antragsprüfung Zutreffendes bitte ankreuzen

Voraussetz. erfüllt Beginn/Ende der Kostenerstattung	Leistungsabt. ben.:	Statistik	EDV erfasst	Versicherte(n) verständigt	
--	---------------------	-----------	-------------	----------------------------	--