



Zurück an:

BKK Groz-Beckert
Postfach 10 00 27
72421 Albstadt

Angaben zur Person:

Vorname Nachname
Geburtsdatum
Versichertennummer
Telefonnummer (freiwillige Angabe)

**Antrag auf Erstattung von Mehrleistungen aus dem Gesundheitsprogramm
bewusst gesund Schutzimpfungen**

Ich beantrage die Erstattung für folgende **bewusst gesund** Mehrleistungen im Bereich Schutzimpfungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fröhsommer-Meningoenzephalitis (FSME) | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B |
| <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Gebärmutterhalskrebs (HPV) |
| <input type="checkbox"/> Japanische Enzephalitis | <input type="checkbox"/> Cholera |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis | <input type="checkbox"/> Gelbfieber |
| <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> Malariaprophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Tollwut | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

--

Die Schutzimpfung(en) erfolgten aufgrund eines Auslandsaufenthaltes in folgendem Land:

	<input type="checkbox"/> beruflicher Auslandsaufenthalt
	<input type="checkbox"/> privater Auslandsaufenthalt

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die oben genannte Impfung nicht unentgeltlich durch meinen Arbeitgeber angeboten wird.
(Gilt nur für Berufstätige)

Ich bitte um Erstattung auf folgendes Konto:

	IBAN:
	Kontoinhaber

Ich bitte um Erstattung auf das bei der BKK Groz-Beckert bekannte Konto.

Datum	Unterschrift

Datenschutzhinweis:
Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Groz-Beckert notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Webseite www.bkk-gb.de oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gern zu.