



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:

_____ beruflicher Auslandsaufenthalt

_____ 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