



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 Kinderwunsch**

Ich beantrage die Erstattung für folgende **bewusst gesund** Mehrleistungen:

Erweiterte Kostenübernahme bei künstlicher Befruchtung:

- für verheiratete Ehepaare und eingetragene Lebenspartnerschaften.
 bei krankheitsbedingter Kinderlosigkeit* in einer gleichgeschlechtlichen weiblichen Lebenspartnerschaft *(bitte ärztliches Attest beifügen).

Angaben zum Ehegatten / zur Lebenspartnerin:

Vorname Nachname

Geburtsdatum

Krankenversicherung

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.