



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 Vorsorge**

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

- Hautscreening                       Glaukom-Vorsorge                       Mammographie                       Sonographie der Brust
- Knochendichtemessung                       PSA-Test                       Ultraschall zur Vorsorge von Prostatakrebs
- Gesundheitsuntersuchung zur Krankheitsvorsorge:

(bitte Art der Gesundheitsuntersuchung eintragen)

- Für die zur Erstattung eingereichten Vorsorgeleistungen habe ich im Jahr der Durchführung keinen Anspruch auf eine gesetzlich oder vertraglich geregelte Vorsorge und habe eine solche im Jahr der Durchführung auch nicht in Anspruch genommen.
- Ich bestätige hiermit, dass ich für die eingereichte Rechnung keinen Anspruch auf Kostenübernahme gegenüber einer privaten Krankenzusatzversicherung habe.
- Ich habe meine private Krankenzusatzversicherung bereits in Anspruch genommen und beantrage die Restkostenübernahme durch die BKK Groz-Beckert. Ein Nachweis der Kostenübernahme durch meine private Krankenzusatzversicherung liegt bei.

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](http://www.bkk-gb.de) oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gern zu.