

Zurück an:

BKK Groz-Beckert
Postfach 10 00 27
72421 Albstadt

**Antrag auf Erstattung von Mehrleistungen
aus dem Gesundheitsprogramm
bewusst gesund Schwangerschaft und junge
Familie**

Angaben zur Person:

Vorname Nachname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

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

Hebammenrufbereitschaft:

- ☐ Ich befinde mich in der _____ Schwangerschaftswoche und beantrage die Kostenbeteiligung an einer Hebammenrufbereitschaft

Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

- ☐ 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 oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gern zu.