



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