KKH Kaufmännische Krankenkasse

Erstattung der Eigenanteile nach abgeschlossener kieferorthopädischer Behandlung

Vor- und Nachname (Mitglied): _____

Vor- und Name (Versicherter) _____

Vers.-Nummer/
Servicezeichen (Versicherter) _____

Angaben zur Erstattung der Eigenanteile

Die gezahlten Eigenanteile sollen erstattet werden an:

☐ die Mutter ☐ den Vater ☐ eine/n andere/n Zahlungsempfänger/in

Bitte bei Abschluss der Behandlung stets angeben!

Die aktuelle IBAN und BIC lautet:

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC: | | | | | | | | | | |

Nur bei Auslandskonten erforderlich

Kontoinhaber: _____

Telefonnummer (bei Rückfragen): _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben. Bitte teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit.

_____ _____

Datum, Unterschrift des Kindes (ab 15 Jahren) Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unseren Aufgaben nachzukommen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 284 SGB v oder § 280 SGB IV.

Checkliste bei Abschluss der Behandlung:

(Die u. g. Unterlagen sind bei erfolgreichem Abschluss der Behandlung einzureichen.)

☐ Abschlussbescheinigung des Kieferorthopäden

☐ Eigenanteilsrechnungen

☐ Bankverbindung