

Versand per Post oder per E-Mail an info@hkk.de

hkk Krankenkasse Kundenservice

28185 Bremen

## **Antrag auf Erstattung von Extra-Leistungen**

Meine Daten	
Name, Vorname	
Geburtsdatum _	
Versicherungsnummer _ (z.B. A123456789)	
PLZ/Ort _	
Meine Bankverbindung	
IBAN:	
BIC:	
Kontoinhaber*in:	
Ich bitte um die Erstattu	ing folgender Leistungen:
☐ Die entsprechende Red	chnung (Kopie reicht aus) habe ich beigefügt.
☐ Eine ärztliche Verordn (nur bei Osteopathie, I	ung habe ich beigefügt Naturarzneimitteln und Schutz- und Reiseimpfungen).
	r Erstattung bei der hkk in Kopie eingereicht haben, weisen wir Sie darauf hin, dass die aufzubewahren und auf Verlangen der hkk vorzulegen sind.
Datum	Unterschrift  (Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind)

## Hinweis zum Datenschutz:

Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet. Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter www.hkk.de/datenschutz.