BKK *GesundPlus* - Das Gesundheitskonto der BKK ProVita - **Erstattungsantrag**

Daten des Leistungsempfängers:
Bitte tragen Sie als Leistungsempfänger denjenigen ein, der die Leistung erhalten hat. Wurde die Leistung von einem Kind in Anspruch genommen, tragen Sie bitte die Daten des Kindes ein.

_____ _____
Name, Vorname Geburtsdatum

_____
Versichertennummer

_____
Telefon, E-Mail-Adresse (Diese Angaben sind freiwillig, erleichtern aber kurzfristige Rückfragen in Ihrem Sinne)

Im Rahmen des Gesundheitskontos *GesundPlus* erstatten wir die Extra-Leistungen „Alternative Arzneimittel" (Therapierichtungen: Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie), „Osteopathie" und „Schutzimpfungen"..

Mit BKK *GesundPlus* können Sie die für Sie persönlich wichtigen Leistungen wählen.
Ihr Vorteil beträgt für alle 3 Leistungen insgesamt maximal **210 € pro Kalenderjahr**.
Bitte beachten Sie die jeweiligen Höchstgrenzen für jede der Einzelleistungen.

Ich beantrage die Kostenübernahme für folgende Leistung(en):

☐ **Alternative Arzneimittel** (Höchstgrenze pro Kalenderjahr: 120 €
Voraussetzung für Erstattung: ärztliche Empfehlung (Rezept) + Apothekenrechnung)

☐ **Osteopathie** (Höchstgrenze pro Kalenderjahr: 120 €
Voraussetzung für Erstattung: ärztliche Empfehlung (Rezept) + Rechnung eines anerkannten Osteopathen z. B. Mitglied in einem Osteopathenverband)

☐ **Schutzimpfungen** (Höchstgrenze pro Kalenderjahr: 200 €
Voraussetzung für Erstattung: ärztliche Empfehlung (Rezept) + Apothekenrechnung + ggf. Rechnung des behandelnden Arztes / bei Reiseimpfungen Angabe des Reiselandes)

Sonstige Mitteilungen: _____
(z.B. Anzahl der Anlagen/Belege, Reiseland etc.)

BIC | | | | | | | | | | | | Bank _____

IBAN | **D** | **E** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Das Konto soll ☐ bis auf Widerruf ☐ einmalig genutzt werden

Zahlungsempfänger: _____
(Name, Vorname - falls abweichend von Leistungsempfänger)

_____ _____
Datum, Ort Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlicher Vertreter