

**BKK ProVita**  
**Münchner Weg 5**  
**85232 Bergkirchen**

**Erstattungsantrag für die kieferorthopädische Behandlung für**

Name, Vorname, Geburtsdatum

Hiermit beantrage ich die Erstattung der beiliegenden Rechnung(en) über .

- die Eigenanteile der kieferorthopädischen Behandlung und/oder
- privat bezahlte Mehrleistungen.

**Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf folgendes Konto:**

Bank / Kreditinstitut:	<b>Kontoinhaber</b>
<b>IBAN:</b>	BIC:

Soll diese Kontonummer für künftige Erstattungen bei uns gespeichert werden?

- ja
- nein, bitte nur für diesen Antrag

**Bitte fügen Sie die Rechnungen und eventuelle Laborkostenrechnungen in zeitlicher Reihenfolge sortiert bei!**

Zur gleichen Zeit befand sich

- noch ein weiteres** Kind in kieferorthopädischer Behandlung:

\_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geburtsdatum

- kein** weiteres Kind in kieferorthopädischer Behandlung.

Tagsüber bin ich telefonisch unter folgender Nummer zu erreichen: \_\_\_\_\_

<b>Datum, Unterschrift Kind</b>	<b>Datum, Unterschrift Vater</b>	<b>Datum, Unterschrift Mutter</b>
---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V erhoben und verarbeitet, um Ihren Antrag bearbeiten zu können. Bitte beachten Sie, dass es bei der Leistungsgewährung zu Nachteilen führen kann, sofern uns erforderliche Angaben und Daten nicht vorliegen (§§ 60ff. SGB I – Mitwirkung des Leistungsberechtigten). Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.bkk-provita/datenschutz](http://www.bkk-provita/datenschutz).