


ANTRAG

KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG ERSTATTUNG DER EIGENANTEILE




BKK VDN
Postfach 11 60
58206 Schwerte


Sofern die Zahlungen von beiden Elternteilen oder von einem Gemeinschaftskonto erfolgt sind, füllen Sie diese Erklärung bitte gemeinsam aus.

 Bitte fügen Sie die Abschlussbescheinigung des Kieferorthopäden sowie Ihre Quartals-/Eigenanteilsrechnungen bei.


! Während der Behandlung haben wir Ihre Eigenanteile bereits dokumentiert. Die Abrechnung der kieferorthopädischen Leistungen erfolgt allerdings zeitversetzt, sodass in der Regel die letzten beiden Eigenanteilsrechnungen noch nicht vorliegen. Falls Sie vor Ihrer Mitgliedschaft bei der BKK VDN in einer anderen Krankenkasse versichert waren, senden Sie uns bitte alle Rechnungen über Ihre Eigenanteile zu.

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

ANGABEN ZUM VERSICHERTEN KIND		 Bitte vollständig ausfüllen!
Name:	Vorname:	
Versicherten-Nr.:		
Anschrift:		

ANGABEN 1. PERSON		 Bitte vollständig ausfüllen!
Name:	Vorname:	
Anschrift:		
Telefonnummer für Rückfragen:		
Behandlungszeitraum: (z. B. 1. Quartal 2024 bis 4. Quartal 2024)		
Name der Bank:		
IBAN:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber/in:		

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

ANGABEN 2. PERSON		 Bitte vollständig ausfüllen!
Name:	Vorname:	
Anschrift:		
Telefonnummer für Rückfragen:		
Behandlungszeitraum: (z. B. 1. Quartal 2024 bis 4. Quartal 2024)		
Name der Bank:		
IBAN:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Kontoinhaber/in:		

! Bitte beachten Sie, dass die BKK VDN für außervertragliche Leistungen, die Ihnen möglicherweise während der kieferorthopädischen Behandlung privat in Rechnung gestellt wurden, keine Kosten übernehmen darf.


Ich versichere, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Sollte sich nachträglich herausstellen, dass Eigenanteile von Dritten bezahlt wurden, verpflichte ich mich, die bereits erstatteten Beträge unverzüglich an die BKK VDN zurück zu zahlen.


DATENSCHUTZHINWEIS

Datenschutzhinweis

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter <https://www.bkk-vdn.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Informationen per E-Mail oder postalisch zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK VDN die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich beraten, meine Anliegen zügig bearbeiten und hierfür ggf. kontaktieren zu können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

X	X
Ort, Datum	 Unterschrift 1. Person

X	X
Ort, Datum	 Unterschrift 2. Person