

Antwort an:

vivida bkk
78044 Villingen-Schwenningen

Antrag auf Erstattung der Eigenanteile zur kieferorthopädischen Behandlung

Name, Vorname	Versichertennummer
---------------	--------------------

Die gezahlten Eigenanteile sollen erstattet werden an:

- ☐ das Kind (behandelte Person)
- ☐ die Mutter
- ☐ den Vater
- ☐ einen anderen Empfänger

Kontoinhaber

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Alle vorhandenen Eigenanteilsrechnungen sind beigelegt.

Datum, Unterschrift des **Kindes, ab 18 Jahre**

Datum, Unterschrift **beider Eltern, wenn Kind unter 18 Jahre**

Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Elternteilen ist immer die Unterschrift beider Eltern erforderlich.

Ihre persönlichen Daten werden von der vivida bkk zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der vivida bkk finden Sie unter: www.vividabkk.de/datenschutz



vividabkk
Ihre Krankenkasse