

BKK MTU
88040 Friedrichshafen

Antrag auf Erstattung Gesundheitskonto

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Versicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhalten Sie Belege für eine Erstattung aus meinem Gesundheitskonto.
Meine Bankverbindung für die Erstattung lautet:

Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragssteller): _____
Bank: _____
IBAN: _____ BIC: _____

¹⁾Bei Rückfragen bin ich unter der folgenden Telefonnummer zu erreichen:

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Datum/Unterschrift

Datenschutzhinweis

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK MTU notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Website www.bkk-mtu.de/datenschutz oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gern zu.

¹⁾ Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der optimalen Betreuung und Beratung, sowie Information über Angebote der BKK MTU erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden. Das Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an datenschutz@bkk-mtu.de oder per Post widerrufen.