

# Erstattungsantrag KFO

**BKK VerbundPlus**  
Zeppelinring 13  
88400 Biberach

info@bkkvp.de

Servicehotline: **0 800 2 234 987**  
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Alle Punkte bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

## Persönliche Angaben

Vorname	Name	Geburtsdatum
Versichertennummer		

## Die Erstattung soll erfolgen an:

Name	Vorname
Geldinstitut	IBAN
Kontoinhaber	

## Angaben zur Behandlung

Ende der Behandlung am
------------------------

## Stand in demselben Zeitraum ein weiteres Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

**Nein**     **Ja**

<b>Wenn ja</b> , Name und Vorname des Kindes	Geburtsdatum
--	--------------

Kontaktdaten (Telefon / E-Mail), freiwillige Angaben

**Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht:** Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Fehlt die Mitwirkung, kann das zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen. Mir ist bekannt, dass es sich bei den Kontaktdaten um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkungen auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1.lit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die BKK VerbundPlus für die Kontaktaufnahme bei Fragen zu meiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finde ich unter [www.bkk-verbundplus.de/datenschutz](http://www.bkk-verbundplus.de/datenschutz).

## Unterschrift

Ort / Datum	Unterschrift
-------------	--------------