

Absender

Name

Strasse

PLZ/ Ort

AOK – Gesundheitskasse in Hessen
Orga-Nr.: 21610
64520 Groß-Gerau

Antrag auf Erstattung der Eigenanteile zur KFO-Behandlung von

Vorname Name des/der Versicherten in KFO-Behandlung

KV-Nummer

Die Eigenanteile sollen erstattet werden an (Rechnungen bitte beifügen)

- die Mutter* den Vater* einen anderen Empfänger*

Name, Vorname

KV-Nummer

Anschrift

Telefon tagsüber

*** Zur Information: Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Elternteilen ist stets die Unterschrift beider Eltern in diesem Antrag erforderlich. Unterschreibt nur ein Elternteil, wird mit der Unterschrift erklärt, dass ihr/ihm das Sorgerecht allein zusteht oder im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.**

Bankverbindung

IBAN:

BIC:

Name des Kreditinstituts:

Datum, Unterschrift Elternteil (ggf. gesetzlichen Vertretung)

Datum Unterschrift weiteres Elternteil bzw. Empfänger

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Kosten-Übernahme für die kieferorthopädische Behandlung nach § 28 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 29 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter AOK.de/hessen/datenschutzrechte