

**SECURVITA** Krankenkasse  
Postfach 10 58 29  
20039 Hamburg

### Kieferorthopädische Behandlung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

#### 1. Angaben zur Erstattung der Eigenanteile (Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.)

Die gezahlten Eigenanteile sollen erstattet werden an:

die Mutter

den Vater

einen anderen Empfänger: \_\_\_\_\_

#### 2. Angaben zur Bankverbindung

Bitte überweisen Sie den Betrag auf das folgende Konto:

\_\_\_\_\_

IBAN

\_\_\_\_\_

BIC

\_\_\_\_\_

Kontoinhaber

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und deren Vollständigkeit.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Kindes (ab 15 Jahre)

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

ggf. Unterschrift des anderen Elternteils

Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Eltern ist die Unterschrift beider Eltern auf dem Antrag zwingend erforderlich.

Bitte per Post, Fax (040 / 33 47-9000) oder E-Mail (mail@securvita-bkk.de) zurück an die **SECURVITA** Krankenkasse senden.