

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

**Abrechnungsformular**  
**Erstattung von Zusatzleistungen bei zahnärztlicher Behandlung**

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

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

**1. Leistung** (Bitte benutzen Sie für jede Rechnung ein gesondertes Abrechnungsformular.)

Ich beantrage gemäß der Satzung der SECURVITA Krankenkasse einen Zuschuss für:

- Fissurenversiegelung der Prämolaren bei einer kieferorthopädischen Behandlung
- Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals (GOZ 2400) oder zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden (GOZ 2420) ergänzend zur Wurzelbehandlung
- Bakterientest bei anstehender Parodontosebehandlung
- Retainer nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung

**2. Rechnung** (Bitte fügen Sie die Rechnung bei.)

Rechnung vom: \_\_\_\_\_

Rechnungsbetrag: \_\_\_\_\_ €

Leistungstag: \_\_\_\_\_

**3. Bankverbindung**

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und deren Vollständigkeit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

Bitte beachten Sie unbedingt Folgendes: Reichen Sie Ihre Originalrechnung **spätestens bis zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats ab Rechnungsdatum** bei uns ein.

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