

Name:

KVNR:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:
(Straße, PLZ Ort)

Telefon-Nr.:

Antrag auf Kostenerstattung für eine Vorsorgeuntersuchung im Rahmen des Vorsorgebudgets der BKK Miele

Leistung/en:

- Glaukom-Vorsorge
- Mammographie
- Ultraschalluntersuchung der Brust
- Ultraschalluntersuchung des Unterleibs
- PSA-Blutuntersuchung
- Knochendichtemessung
- Jährliche Hautkrebsvorsorge,
es wird bestätigt, dass in diesem Jahr keine Hautkrebsvorsorge als Sachleistung über
die Versicherungskarte in Anspruch genommen wird/wurde.

Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für die obige/n Vorsorgeleistung/en. Ich bestätige hiermit, dass mir die Leistung/en aufgrund bestehender Risikofaktoren ärztlich angeraten wurde/n. Ich bitte um Überweisung auf mein Konto:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Information zur Datenverarbeitung

Die Verarbeitung einschließlich der Erhebung von Daten ist nur zulässig, soweit sie zur Wahrnehmung unserer gesetzlichen Aufgaben erfolgt (§§ 67a und 67b Sozialgesetzbuch X). Neben den zur Anspruchsprüfung zu erhebenden Daten, bitten wir Sie, uns erweiterte Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, um eine schnelle und unbürokratische Kommunikation zu ermöglichen.

Wir informieren darüber, dass die Angabe der Daten freiwillig erfolgt. Zur Verarbeitung der erweiterten Kommunikationsdaten (Telefon-Nr., Email-Adresse) können Sie durch Angabe der Daten Ihre Einwilligung erteilen. Sie ist in jedem Fall unabhängig von der Anspruchsprüfung und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Lediglich die für die Anspruchsprüfung notwendigen Daten sind erforderlich, um einen Anspruch feststellen zu können.

Alle Daten werden nur für die Dauer der gültigen Aufbewahrungsfristen verarbeitet und anschließend gelöscht. Wir bitten Sie, uns die Richtigkeit der Angaben und Ihre Einwilligung durch Unterschrift zu bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten