

Name, Vorname

KV-Nr.:

**BKK Herkules
Jordanstr. 6
34117 Kassel**

Antrag auf Bezuschussung von Sehhilfen

Bestätigung Augenarzt oder Optiker

Hiermit bestätige ich, dass bei o. g. Versicherte/r ein sphärischer oder zylindrischer Korrekturbedarf von mindestens 0,5 Dioptrien

- auf dem linken Auge
 auf dem rechten Auge
vorliegt.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Augenarztes oder Optikers

Antrag BKK Herkules Versicherte

Ich beantrage den Zuschuss zu meinen Sehhilfen.

Die Originalrechnung über die Sehhilfen habe ich beigelegt / liegt Ihnen bereits vor.

Bitte zahlen Sie den Zuschuss auf folgendes Konto aus:

Bankleitzahl:	Kontonummer:
Kontoinhaber:	IBAN:

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten