

# ANTRAG AUF ERSTATTUNG VON ZUSATZLEISTUNGEN "VORSORGEUNTERSUCHUNGEN"



## NACH § 12q DER SATZUNG DER BKK HERKULES

### Bitte zurück an:

BKK Herkules  
Jordanstraße 6  
34117 Kassel

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Geburtsdatum
Vorname	Krankenversicherungsnummer
Straße/Hausnummer	Telefonnummer (tagsüber)*
PLZ/Ort	Handynummer*

Die BKK Herkules erstattet je Versicherten innerhalb eines Kalenderjahres einmalig je Leistung nach Absatz 2, Buchstaben a bis d die tatsächlich entstandenen Kosten in voller Höhe, jedoch maximal bis zu einem Betrag von 30,00 Euro je Untersuchung.

### Ich beantrage die Erstattung von maximal 30,00 Euro für ärztlich verordnete Vorsorgemaßnahmen aufgrund zusätzlicher Risikofaktoren:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Darmkrebsvorsorge  | <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchungen |
| <input type="checkbox"/> Brustkrebsvorsorge | <input type="checkbox"/> Gesundheits-Check-Up      |

Die Rechnung/en ist/sind beigefügt.

Ich bestätige, im Kalenderjahr der Zusatzleistung keine Regelleistung bei meinem behandelnden Arzt in Anspruch genommen zu haben oder noch in Anspruch zu nehmen.

### Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

IBAN	BIC (Swift-Code)
Name des Geldinstituts	Kontoinhaber*in

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben und willige in die Speicherung meiner persönlichen Daten ein. Datenschutzhinweis (§ 67a SGB X): Die persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie rechtmäßig zu erfüllen. Grundlagen hierfür sind § 284 SGB V und § 94 SGB XI. Freiwillige Angaben kann ich jederzeit widerrufen. Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter [www.bkk-herkules.de/krankenkasse-kassel/datenschutz/](http://www.bkk-herkules.de/krankenkasse-kassel/datenschutz/)

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die generelle Kontaktaufnahme mit Ihnen.

### Unterschrift

Ort/Datum	Unterschrift des Versicherten 
-----------	--

