

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

KV-Nummer:

BKK PFAFF  
Pirmasenser Str. 132  
67655 Kaiserslautern

Auf Basis der gesetzlichen Grundlage (§ 13 Absatz 2 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch, SGB V)

wünsche ich die Kostenerstattung ab \_\_\_\_\_

Die Kostenerstattung wird gewählt für folgende Bereiche:

- Ärztliche Behandlung
- Zahnärztliche Behandlung inklusive Kieferorthopädie
- Stationäre Behandlung
- Veranlasste / verordnete Leistungen (Arzneimittel, Kuren, Heilmittel, Hilfsmittel)

Ich bin über die eingeschränkten Erstattungsmöglichkeiten der BKK PFAFF und über die von der BKK PFAFF vorzunehmenden Abzüge bei der Ermittlung der Erstattungsbeträge informiert. Auch ist mir bekannt, dass ich unwiderruflich mindestens für ein Kalendervierteljahr an die Kostenerstattung gebunden bin. Vor Beendigung der Kostenerstattungsregelung werde ich die BKK PFAFF informieren.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift