

BKK PFAFF
Postfach 11 20
67601 Kaiserslautern

Versichertennummer: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Ich wünsche die Kostenerstattung gemäß § 13 Absatz 2 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)
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