

AOK – Gesundheitskasse in Hessen
Orga-Nr.: 21610
64520 Groß-Gerau

Antrag auf Erstattung der Eigenanteile zur KFO-Behandlung von

Vorname Name des/der Versicherten in KFO-Behandlung

KV-Nummer

Die Eigenanteile sollen erstattet werden an (Rechnungen bitte beifügen)

die Mutter* den Vater* einen anderen Empfänger*

Name, Vorname

KV-Nummer

Anschrift

Telefon tagsüber

*** Zur Information: Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Elternteilen ist stets die Unterschrift beider Eltern in diesem Antrag erforderlich. Unterschreibt nur ein Elternteil, wird mit der Unterschrift erklärt, dass ihr/ihm das Sorgerecht allein zusteht oder im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.**

Bankverbindung

IBAN:

BIC:

Name des Kreditinstituts:

Datum, Unterschrift Elternteil (ggf. gesetzlichen Vertretung)

Datum Unterschrift weiteres Elternteil bzw. Empfänger

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind.

Datenschutzhinweis: Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten, um Ihre jetzt beantragte Erstattung und zukünftige Erstattungen zu überweisen. Hierfür ist Ihre Mitwirkung erforderlich (§ 60 SGB I). Andernfalls können wir die Erstattung nicht auszahlen. Die gesetzliche Grundlage für die Datenverarbeitung ist § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Unter aok.de/hessen/datenschutzrechte finden Sie allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten.