

Erstattungsantrag aus dem AOK-Gesundheitskonto der AOK Nordost für die Sportzahnschutzschiene

Daten des Leistungsempfängers:

Bitte tragen Sie als Leistungsempfänger den tatsächlichen Nutzer der Leistung ein. Wurde die Leistung von einem Kind genutzt, tragen Sie bitte die Daten des Kindes als Leistungsempfänger ein.

Name, Vorname

Versichertennummer

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

806 Telefonnummer, E-Mail-Adresse (Diese Angaben sind freiwillig, erleichtern aber kurzfristige Rückfragen in Ihrem Sinne.)

Angaben zur Erstattung:

Sie können kalenderjährlich bis zu 80 Euro für eine Sportzahnschutzschiene erhalten. Der Zuschuss darf jedoch die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten.

Alle Unterlagen müssen bis spätestens 31.03. des Folgejahres bei der AOK Nordost vorliegen!

Rechnungsdatum

Rechnungsbetrag in Euro

In der Anlage reiche ich die personalisierte Zahnarztrechnung ein.

Meine Bankverbindung gebe ich auf dem beigefügten Formular an.

Datenschutzhinweis: Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Kostenerstattung zusätzlicher Gesundheitsleistungen aus dem AOK-Gesundheitskonto nach § 11 Abs. 6 und § 65a Abs. 1 SGB V sowie § 46 SGB IX. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Nordost meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Datum

Ort

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Sie möchten Ihre Angelegenheiten schnell und einfach erledigen? Unser Onlineportal „Meine AOK“ ist rund um die Uhr für Sie da. Fotografieren und senden Sie Ihre Unterlagen zum AOK-Gesundheitskonto direkt über „Meine AOK“ und entdecken Sie weitere Vorteile. Registrieren Sie sich einfach unter www.nordost.meine.aok.de

Vorname und Nachname oder Firma (Zahlungsempfänger)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Ordnungsbegriff (BNR, KVNR, FBNR)

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
14456 Potsdam

Mitteilung Bankverbindung

Bitte überweisen Sie den Betrag aus dem AOK-Gesundheitskonto auf folgendes Girokonto:

Kontoinhaber (Nachname, Vorname/Firma/Sonstige) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma/Sonstige
Straße und Hausnummer (falls abweichend vom Zahlungsempfänger)
PLZ und Ort (falls abweichend vom Zahlungsempfänger)

IBAN (In Deutschland immer 22 Stellen)	Sonstige SEPA-Länder bis max. 34 Stellen!
BIC* (SWIFT-Code, 8 oder 11 Stellen)	Kreditinstitut*

* Die Angabe der BIC kann bei SEPA-Zahlungen innerhalb Deutschlands und in die anderen EU-/EWR-Länder entfallen.

Datum

Unterschrift **Zahlungsempfänger**,
ggf. gesetzlicher Vertreter/Betreuer oder
Bevollmächtigter

Unterschrift **abweichender Kontoinhaber**

Telefon (Angabe freiwillig)

Telefon (Angabe freiwillig)

Hinweis zum Datenschutz: Die Daten werden nur für den Zahlungsverkehr verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Die Angabe der Telefonnummer für eventuelle Rückfragen ist freiwillig. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.