

Debeka BKK
Postfach 30 03 62
56027 Koblenz

Einzureichende Dokumente

**bitte nur
Originale**

Reichen Sie mit diesem Antrag
bitte nur Heil- und Kostenpläne
für Zahnersatz (bitte auch Bonusheft
beifügen), Rechnungen für Behandlungen
durch Ärzte, Zahnärzte oder Heilpraktiker
sowie Rechnungen für Behandlungen im
Krankenhaus oder im Ausland ein.

I. Ihre Daten

Vorname
Name
Geburtsdatum
BKK-Versicherten-Nr.
Debeka-Service-Nr.

Bitte ausfüllen, sofern Sie eine Kostenerstattung beantragen

Vorname und Name des Kontoinhabers
IBAN
BIC
Bank

II. Vereinfachte Weiterleitung von Dokumenten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Weiterleitung an den Zahnarzt nach Genehmigung

Ich willige ein, dass die Debeka BKK nach Genehmigung / Vermerk ihrer gesetzlichen Leistung den original **Heil- und Kostenplan** für Zahnersatz direkt an meinen behandelnden Zahnarzt sendet. Die Debeka BKK informiert Sie über die (voraussichtliche) Höhe ihrer gesetzlichen Leistung.

Weiterleitung an den Debeka Krankenversicherungsverein a. G. zur Leistungsauskunft/-gewährung

Ich willige ein, dass die Debeka BKK nach Vermerk ihrer gesetzlichen Leistung meine eingereichten **Belege** (z. B. Rechnung vom Zahnarzt, Heilpraktiker, Krankenhaus) bzw. Kopien (z. B. Kopie des Heil- und Kostenplans für Zahnersatz) zur Prüfung einer Leistung aus meiner privaten Debeka-Krankenzusatzversicherung an den Debeka Krankenversicherungsverein a. G. weitergibt. Die Debeka BKK informiert Sie über die (voraussichtliche) Höhe ihrer Kostenbeteiligung. Die Auskunft über eine etwaige Leistung des Debeka Krankenversicherungsvereins a. G. erhalten Sie mit separatem Schreiben.

Insoweit und insbesondere im Hinblick auf die in den Belegen enthaltenen Gesundheitsdaten entbinde ich die Debeka BKK von ihrer Schweigepflicht. Die Abgabe der Einwilligung dient der Vereinfachung des Verfahrens und ist freiwillig. Sie hat keine Auswirkungen auf die mir zustehenden Leistungen.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Debeka BKK-Mitglieds, ggf. des Familienangehörigen.
Mit der Unterschrift erklärt das Mitglied, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers der Debeka-Krankenzusatzversicherung

Bitte unbedingt links UND rechts unterschreiben, da sonst nicht wirksam.

Ausfüllhilfe zum Leistungs-/Prüfantrag*

Debeka

BKK®

* der Debeka BKK und
unseres Kooperations-
partners Debeka
Krankenversicherungs-
verein a. G.

Debeka BKK®
* der Debeka BKK und
unseres Kooperations-
partners Debeka
Krankenversicherungs-
verein a. G.

Leistungs-/Prüfantrag

Debeka BKK
Postfach 30 03 62
56027 Koblenz

Einzureichende Dokumente
bitte nur Originale

Reichen Sie mit diesem Antrag bitte nur Heil- und Kostenpläne für Zahnersatz (bitte auch Bonushefte beifügen), Rechnungen für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte oder Heilpraktiker sowie Rechnungen für Behandlungen im Krankenhaus oder im Ausland ein.

I. Ihre Daten

Vorname _____
Name _____
Geburtsdatum _____
BKK-Versicherten-Nr. _____
Debeka-Service-Nr. _____

Bitte ausfüllen, sofern Sie eine Kostenerstattung beantragen

Vorname und Name des Kontoinhabers _____
IBAN _____
BIC _____
Bank _____

II. Vereinfachte Weiterleitung von Dokumenten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Weiterleitung an den Zahnarzt nach Genehmigung
 Ich willige ein, dass die Debeka BKK nach Genehmigung/ Vermerk ihrer gesetzlichen Leistung den original Heil- und Kostenplan für Zahnersatz direkt an meinen behandelnden Zahnarzt sendet. Die Debeka BKK informiert Sie über die (voraussichtliche) Höhe ihrer gesetzlichen Leistung.

Weiterleitung an den Debeka Krankenversicherungsverein a. G. zur Leistungsauskunft/-gewährung
 Ich willige ein, dass die Debeka BKK nach Vermerk ihrer gesetzlichen Leistung meine eingereichten Pläne (z. B. Rechnung vom Zahnarzt, Heilpraktiker, Krankenhaus) bzw. Kopien (z. B. Kopie des Heil- und Kostenplans für Zahnersatz) zur Prüfung einer Leistung aus meiner privaten Debeka-Kranken-zusatzversicherung an den Debeka Krankenversicherungsverein a. G. weitergibt. Die Debeka BKK informiert Sie über die (voraussichtliche) Höhe ihrer Kostenbeteiligung. Die Auskunft über eine etwaige Leistung des Debeka Krankenversicherungsvereins a. G. erhalten Sie mit separatem Schreiben.

Insoweit und insbesondere im Hinblick auf die in den Belegen enthaltenen Gesundheitsdaten entbinde ich die Debeka BKK von ihrer Schweigepflicht. Die Abgabe der Einwilligung dient der Vereinfachung des Verfahrens und ist freiwillig. Sie hat keine Auswirkungen auf die mir zustehenden Leistungen.

Ort, Datum _____
Unterschrift des Versicherungsnehmers der Debeka-Kranken-zusatzversicherung _____
Bitte unbedingt links UND rechts unterschreiben, da sonst nicht wirksam.

Ort, Datum _____
 Unterschrift des Debeka BKK-Mitglieds, ggf. des Familienangehörigen.
Mit der Unterschrift erklärt das Mitglied, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bitte ankreuzen, wenn Sie eine Weiterleitung Ihres Heil- und Kostenplans an den Zahnarzt wünschen.

Bitte ankreuzen, wenn Sie auch eine Krankenzusatzversicherung besitzen und eine Weiterleitung an den Debeka Krankenversicherungsverein a. G. zur Leistungsauskunft/-gewährung wünschen.

Bitte Daten angeben, wenn Sie uns eine Rechnung einreichen und eine Kostenerstattung beantragen

Unterschriften von Familienangehörigen sind nur notwendig, wenn sie das 15. Lebensjahr vollendet haben.