



### Sie bevorzugen den digitalen Weg?

Reichen Sie mit unserer Online-Geschäftsstelle und App Ihre Unterlagen zur Kostenerstattung zukünftig digital ein. Mehr Infos und Registrierung unter: [www.salus-bkk.de/ogs](http://www.salus-bkk.de/ogs)

Bitte senden an

**Salus BKK**  
**Scannung Team AäB**  
**Barfußgäßchen 15**  
**04109 Leipzig**

Für interne Zwecke



## Unterlagen zur Kostenerstattung (§ 13 Abs. 2 SGB V)

### Meine Angaben

Frau  Herr

T T M M J J J J

Diese finden Sie auf Ihrer aktuellen Versichertenkarte!

### Erklärung für die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V

▶ Hiermit reiche ich die nachfolgenden Unterlagen im Rahmen meiner Wahl zur Kostenerstattung in Papierform zur Prüfung ein und bitte um entsprechende Erstattung der Kosten:

- ▶ Dieses Schreiben enthält **insgesamt** \_\_\_\_\_ **Seiten** (inklusive Deckblatt)
- ▶ Die beigefügten Rechnungen / Belege wurden von mir bereits bezahlt. Sofern dies aus den eingereichten Unterlagen nicht eindeutig hervorgeht, sind entsprechende Zahlungsnachweise beigefügt
- ▶ Ich bitte um Überweisung des ermittelten Erstattungsbetrags auf das Ihnen bekannte Bankkonto

**Ihre Bankverbindung hat sich geändert?** Bitte hier  ankreuzen und nachstehend neue Bankverbindung angeben!

### Neue Bankverbindung (bitte nur ausfüllen, wenn sich Ihre Bankverbindung geändert hat)

▶ Bitte ändern Sie meine Kontodaten für die Erstattung, wie folgt:

Ort, Datum

X

Unterschrift des Kontoinhabers

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V, § 94 SGB XI). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: [www.salus-bkk.de/datenschutz](http://www.salus-bkk.de/datenschutz)

Ort, Datum

X

Unterschrift der / des Versicherten (bzw. gesetzlichem Vertreter)