

Württembergische Krankenversicherung AG, 70163 Stuttgart

vivida bkk  
78044 Villingen-Schwenningen

Name, Vorname (Versicherter)

Geburtsdatum

## Leistungsauftrag – Gewählte Kostenerstattung

### Der Weg zur schnellen Erstattung

Krankenversicherungs-Nrn. vivida bkk: \_\_\_\_\_

Württembergische Krankenversicherung AG: \_\_\_\_\_

Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaber	Kreditinstitut
IBAN	BIC

### Einwilligung zur Übermittlung

#### von Rechnungen und der hierzu erstellten Abrechnungen der vivida bkk an die Württembergische Krankenversicherung AG

Ich bin damit einverstanden, dass die vivida bkk im Falle einer ambulanten Kostenerstattung/Zahnbehandlung die diesem Schreiben beigefügten Rechnungen als Kopie sowie die hierzu von der vivida bkk erstellte Abrechnung als Kopie an die Württembergische Krankenversicherung AG zur weiteren Bearbeitung des verbleibenden Eigenanteils übermittelt. Dieser Übermittlung kann ich jederzeit gegenüber der Württembergische Krankenversicherung AG, 70163 Stuttgart oder der vivida bkk widersprechen. Bei Verweigerung der Einwilligung hätte dies zur Folge, dass ich das Abrechnungsschreiben der vivida bkk zusammen mit den Rechnungsbelegen selbst bei der Württembergische Krankenversicherung AG noch mal einreichen muss.

- Ja, ich willige ein, dass die beiliegenden Rechnungen als Kopie und die hierzu erstellten Abrechnungen der vivida bkk an die Württembergische Krankenversicherung AG weitergeleitet werden.
- Nein, ich sende die notwendigen Unterlagen nach Abrechnung des Kassenanteils selbst an die Württembergische Krankenversicherung AG.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person(en)  
(falls nicht identisch)