

Sie haben Fragen?
Wir helfen Ihnen gern!
Tel.: 05141 9466-400

ANTRAG AUF BEZUSCHUSSUNG VON PRÄVENTIONSMASSNAHMEN



BKK RWE
Fachteam Leistungen
29217 Celle

Versichertennummer _____

Daten des Versicherten

Versicherte(r):
wohnhaft:

ANTRAG AUF BEZUSCHUSSUNG DES VERSICHERTEN

Die Versicherte/Der Versicherte füllt Teil 1 „Antrag auf Bezuschussung“ dieses Formulars aus. Die Anbieterin/Der Anbieter füllt Teil 2 „Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung“ aus. Die Versicherte/Der Versicherte leitet das ausgefüllte Formular (Teil 1 und Teil 2) an die Krankenkasse weiter.

Vermerke der Krankenkasse:

Antrag auf Bezuschussung (vom Versicherten bzw. deren gesetzlichem Vertreter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Ich beantrage einen Zuschuss zu der genannten Maßnahme.

Durchgeführt von:

Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse des Anbieters/der Anbieterin

Ich bestätige, dass ich an der o. g. Maßnahme teilgenommen habe und dass sie von der/dem umseitig genannter/n Kursleiterin/Kursleiter persönlich durchgeführt wurde. Ich füge einen Nachweis (z. B. Original-Quittung oder Kontoauszug) darüber bei, dass ich die Teilnahmegebühr gezahlt habe.

ANTRAG AUF BEZUSCHUSSUNG DES VERSICHERTEN

Versichertennummer: _____

Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben: Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird mir nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.
Ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss ist zurückzuzahlen.

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto:

Geldinstitut

IBAN

Name, Vorname des Kontoinhabers (falls abweichend vom Versicherten)

Adresse des Kontoinhabers (falls abweichend vom Versicherten)

Datenschutzhinweis

Die im Formular angegebenen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten wir gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben. Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Ihre freiwilligen Angaben speichern und nutzen wir lediglich für die Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsverhältnis. Weitere Informationen finden Sie in unseren Datenschutzgrundsätzen unter www.bkkrwe.de/Datenschutz-DSGVO oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt.

Datum

Unterschrift

Falls der Platz auf diesem Antwortbogen nicht ausreicht, nutzen Sie bitte die Rückseite oder fügen weitere Blätter bei.

Bitte ausfüllen, unterschreiben und zurück an BKK RWE, Fachteam Leistungen, 29217 Celle.

Sie haben Fragen?
Wir helfen Ihnen gern!
Tel.: 05141 9466-400

VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG FÜR ZERTIFIZIERTE PRÄVENTIONSANGEBOTE



BKK RWE
Fachteam Leistungen
29217 Celle

Versichertennummer: _____

Daten des Versicherten

Versicherte(r):
wohnhaft:

**Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung für zertifizierte Präventionsangebote
(Datenbank der Zentrale Prüfstelle Prävention)**
(von der Anbieterin/dem Anbieter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Herr/Frau hat an der Maßnahme:

von _____ bis _____ an _____ von _____ Kurseinheiten
Tag/Monat/Jahr Tag/Monat/Jahr

á _____ Minuten Dauer teilgenommen.

Präventionsprinzip/Inhalt: (nur ein Präventionsprinzip ankreuzen, dasjenige, auf dem der Schwerpunkt liegt)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten | <input type="checkbox"/> Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme |
| <input type="checkbox"/> Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung | <input type="checkbox"/> Vermeidung von Reduktion von Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Förderung von Stressbewältigungskompetenzen | <input type="checkbox"/> Förderung von Entspannung |
| <input type="checkbox"/> Förderung des Nichtrauchens | <input type="checkbox"/> Gesundheitlicher Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums |

Kursleiterin / Kursleiter (Name, Vorname)

Kurs-ID

Die/Der o. g. Kursleiter(in) hat/haben die Maßnahme persönlich durchgeführt.

Die Teilnehmerin / Der Teilnehmer hat die Gebühr von _____ EUR entrichtet.

ERKLÄRUNG FÜR ZERTIFIZIERTE PRÄVENTIONSANGEBOTE

Versichertennummer: _____

Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben: Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird dem Teilnehmer/der Teilnehmerin nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.

Bei wohnortfernen Angeboten: Ich versichere, dass die Kursgebühr ausschließlich der Bezahlung des genannten Präventionsangebotes dient und es keinerlei Quersubventionierung von Übernachtungs-, Verpflegungs- oder sonstigen Kosten gibt.

Ich versichere, dass die hier gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Hinweis:

Die Krankenkasse hat das Recht, die Einhaltung der Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention in der geltenden Fassung auch vor Ort unangemeldet zu überprüfen.

Datenschutzhinweis

Die im Formular angegebenen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten wir gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben. Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Ihre freiwilligen Angaben speichern und nutzen wir lediglich für die Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsverhältnis. Weitere Informationen finden Sie in unseren Datenschutzgrundsätzen unter www.bkkewe.de/Datenschutz-DSGVO oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt.

Datum

Unterschrift

Falls der Platz auf diesem Antwortbogen nicht ausreicht, nutzen Sie bitte die Rückseite oder fügen weitere Blätter bei.

Bitte ausfüllen, unterschreiben und zurück an BKK RWE, Fachteam Leistungen, 29217 Celle.