

**Antwort**

mhplus Betriebskrankenkasse  
71632 Ludwigsburg

**Kostenübernahme sportmedizinische Untersuchung**

Meine persönlichen Daten

---

Name Vorname Versicherungsnummer

Bitte erstatten Sie mir die Kosten für die sportmedizinische Untersuchung auf folgendes Konto:

---

Kontoinhaber/in

---

Bank

---

IBAN (internationale Kontonummer) BIC (internationale Bankleitzahl)

Die Rechnung über die durchgeführte sportmedizinische Untersuchung liegt diesem Schreiben bei.

---



Ort, Datum Unterschrift bzw. Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

**Datenschutzhinweis:** Ihre Daten erheben und verarbeiten wir auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Die Angaben sind erforderlich, damit wir alles Notwendige für Sie in die Wege leiten können. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter [www.mhplus.de](http://www.mhplus.de).