

Antwort

mhplus Betriebskrankenkasse
71632 Ludwigsburg

Kostenübernahme professionelle Zahnreinigung

Meine persönlichen Daten

Name

Vorname

Versicherungsnummer

Bitte erstatten Sie mir die Kosten für die professionelle Zahnreinigung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/in

Bank

IBAN (internationale Kontonummer)

Die Rechnung über die durchgeführte Zahnreinigung liegt diesem Schreiben bei.

Ort, Datum



Unterschrift

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.