

**Antwort**

mhplus Betriebskrankenkasse  
71632 Ludwigsburg

**Fax-Antwort:**

07141 9790-113

**Kostenübernahme professionelle Zahnreinigung**

Meine persönlichen Daten

---

Name Vorname Versicherungsnummer

Bitte erstatten Sie mir die Kosten der professionellen Zahnreinigung auf folgendes Konto:

---

Kontoinhaber/in

---

Bank

---

IBAN (internationale Kontonummer) BIC (internationale Bankleitzahl)

---

Telefon E-Mail

---

Ort, Datum **X**  
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](http://www.mhplus.de).