

**Antwort**

mhplus Betriebskrankenkasse  
71632 Ludwigsburg

**Kostenübernahme osteopathische Behandlung**

Meine persönlichen Daten

---

Name Vorname Versicherungsnummer

Bitte erstatten Sie mir die Kosten für die osteopathische Behandlung auf folgendes Konto:

---

Kontoinhaber/in Bank

---

IBAN (internationale Kontonummer) BIC (internationale Bankleitzahl)


Die Rechnung, sowie die Verordnung für die osteopathische Behandlung liegen diesem Schreiben im Original bei.

Für Rückfragen erreichen Sie mich unter

---

Telefon E-Mail

---

Ort, Datum  Unterschrift bzw. Unterschrift Erziehungsberechtigter

**Hinweis zum Datenschutz:** Ihre Daten erheben und verarbeiten wir auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Die Angaben brauchen wir, damit wir alles Notwendige für Sie in die Wege leiten. Mehr Information zum Verarbeiten von Daten und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter [www.mhplus.de](http://www.mhplus.de).