

VIACTIV Krankenkasse
Zentraler Posteingang
44775 Bochum

ANTRAG ENERGIEKOSTEN/HILFSMITTEL

für _____ geboren am _____ Versichertennummer: _____

Telefonnummer (für Rückfragen)*: _____ E-Mail: _____

Bankverbindung: _____

Geldinstitut: _____ IBAN: _____

Ich bitte um Beteiligung an den Energiekosten für den Betrieb meines Hilfsmittels

Hilfsmittel: _____

Hersteller: _____

Gerätename: _____

Typbezeichnung: _____

Tägliche Nutzungs-/Aufladedauer: _____ Stunden

Sofern das Gerät einen Betriebsstundenzähler besitzt: Ablesung am Tag der Betriebsaufnahme/letzten Erstattung

Datum: _____ Zählerstand: _____

Aktueller Wert

Datum: _____ Zählerstand: _____

Datum _____

Unterschrift _____

Datenschutzhinweise:

Die VI

Mit einem * (Sternchen) gekennzeichnete Angaben sind freiwillig, sie erleichtern uns zum Beispiel Rückfragen oder dienen zur Beratung. Sie werden vertraulich behandelt und können jederzeit widerrufen werden. Wir informieren Sie gerne, wie wir Ihre Daten schützen.