

**VI**ACTIV 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.