Ihr Name
Straße, Hausnummer
Stadt, PLZ

Frau / Herr
Name der Versicherung
Straße, Hausnummer
Stadt, PLZ

Stadt, den Datum

Bitte um Erstattung der Kosten für eine Präventionsmaßnahme zur Gesundheitsförderung / Brille / Versichertennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um die Erstattung der Kosten für folgende Präventionsmaßnahme zur Gesundheitsförderung:

[nähere Bezeichnung].

Die entsprechenden Belege finden Sie anliegend beigefügt.

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto

Bank:
IBAN:
BIC:

Vielen Dank im Voraus

Mit freundlichen Grüßen

Name, Unterschrift