

**Antrag auf Bezuschussung des Versicherten,  
Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung des Anbieters  
Individuelle Maßnahmen (Kurse, Seminare) der Primärprävention nach § 20 SGB V**

Der Versicherte füllt Teil 1 „Antrag auf Bezuschussung“ dieses Formulars aus.  
Der Anbieter füllt Teil 2 „Teilnahmebescheinigung und Verpflichtungserklärung“  
aus. Der Versicherte leitet das ausgefüllte Formular an die Krankenkasse weiter.

Vermerke der Krankenkasse:

**Datenschutzhinweis für den Versicherten:** Die Krankenkasse verwendet die hier erhobenen Daten um zu prüfen, ob sie Kosten erstatten kann (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Die Daten werden zum Zweck des Nachweises der Teilnahme und der Überweisung des Erstattungsbetrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Ohne die Angaben kann eine Überweisung nicht vorgenommen werden (§§ 67 a, b SGB X).

**1. Antrag auf Bezuschussung** (vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter in DRUCKBUCHSTABEN auszufüllen)

Name des Versicherten                      Vorname                      Geburtsdatum                      Versicherten-Nr.  
(s. Krankenversichertenkarte)

Ich beantrage einen Zuschuss zu der Maßnahme

Titel: Hatha Yoga Kurs

Name und Adresse des Anbieters:

Kamayoga, Diekampstr. 37, 44787 Bochum

Ich bestätige, dass ich an der o. g. Maßnahme teilgenommen habe und dass sie vom umseitig genannten Anbieter/ Kursleiter persönlich durchgeführt wurde. Ich füge einen Nachweis (z. B. Original-Quittung oder Kontoauszug) darüber bei, dass ich die Teilnahmegebühr gezahlt habe.

**Bei Angeboten von Einrichtungen, die auch Mitgliedsbeiträge erheben:** Ich bestätige, dass der Zuschuss der Krankenkasse nicht mit aktuellen, früheren oder zukünftigen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Die Teilnahmegebühr wird mir nicht als Geld- oder Sachleistung erstattet. Die Teilnahme am Kurs ist nicht an die Bedingung einer derzeitigen oder zukünftigen Mitgliedschaft geknüpft.

Ein zu Unrecht erhaltener Zuschuss ist zurückzuzahlen.

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto:

Konto-Nr.                      BLZ                      Bank

Ort                      Datum                      Unterschrift des Versicherten

bitte wenden

