

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Leistungen  
30125 Hannover

## Untersuchung auf Darmkrebs: Antrag auf Kostenerstattung

**Vorname, Name:** \_\_\_\_\_

**Servicezeichen:** \_\_\_\_\_

Einen Anspruch auf Kostenerstattung haben Sie laut unserer Satzung, wenn bei Ihnen noch keine Erkrankung vorliegt, aber nach ärztlicher Bestätigung bereits bestehende Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen.

Ich versichere, dass bei mir ärztlich bestätigte Risikofaktoren auf eine Schwächung der Gesundheit oder drohende Erkrankung hinweisen. Die ärztliche Bestätigung kann ich bei Bedarf zur Verfügung stellen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift