Antrag auf Erstattung von Heilbehandlungskosten anlässlich eines Dienstunfalls

KVBW Beihilfe

BF Personalnummer /DU

Dienstunfall vom

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg
- Beihilfeabteilung -
Postfach 10 01 61
76231 Karlsruhe

Hinweis:

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter www.kvbw.de/Informationspflichten.

1. Angaben zum Antragsteller

Name | Vorname | Geburtsdatum

Amtsbezeichnung | ☐ Versorgungsempfänger

Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort

2. Bei Feuerwehrbeamten

Wird vom Dienstherrn Heilfürsorge nach der Heilfürsorgeverordnung gewährt (ggf. inwieweit)? ☐ ja ☐ nein

3. Überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf mein Konto

IBAN | BIC

Geldinstitut | Kontoinhaber: Name, Vorname

4. Hinweise

- Kostenersatz kann nur auf Vorlage der Rechnungsbelege gewährt werden.
- Tragen Sie die Kosten bitte einzeln auf der Rückseite ein.
- Beachten Sie bitte, dass alle Belege mit Diagnoseangaben versehen sind.
- Sollten in den Rechnungen auch dienstunfallunabhängige Kosten enthalten sein, müssen die unfallabhängigen Kosten unbedingt vom Behandler kenntlich gemacht werden.

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg - Körperschaft des öffentlichen Rechts

Hauptsitz
Ludwig-Erhard-Allee 19
76131 Karlsruhe
Tel. 0721 5985-0

Zweigstelle
Birkenwaldstraße 145
70191 Stuttgart
Tel. 0711 2583-0

Bankverbindung
Landesbank Baden-Württemberg
BIC: SOLADEST600
IBAN: DE24 6005 0101 0001 0008 58

Sie erreichen uns
siehe Homepage

Internet / E- Mail
www.kvbw.de
beihilfe@kvbw.de

Beihilfenummer

KVBW Beihilfe

5. Zusammenstellung der entstandenen Aufwendungen

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Rechnungsaussteller	Rechnungsbetrag	Wird vom Versorgungsverband ausgefüllt: davon erstattungsfähig	Wird vom Versorgungsverband ausgefüllt: Bearbeitungsvermerk
		Summe	0.00 €	0.00 €	

6. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Gewährung von Dienstunfallfürsorgeleistungen sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sofort dem Versorgungsverband schriftlich anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurden bisher keine Leistungen beantragt, auch nicht bei einer anderen Stelle (z. B. Beihilfe, Krankenversicherung) oder durch eine andere Person.

Ort, Datum

Unterschrift

7. Wird vom Versorgungsverband ausgefüllt

Sachlich richtig und festgestellt

Ort, Datum

Name

BF - DU_2 - 01/2017