

Antrag auf Erstattung von Fahr- und Transportkosten anlässlich einer Vorsorgekur - HVO



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

BF	Beihilfenummer
Erklärung des Beihilfeberechtigter	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	Telefonnummer (Angabe freigestellt)
Dienstherr	
Mitgliedsnummer	

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. Anschrift und Bankverbindung des Empfängers

Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
IBAN	BIC	
Geldinstitut	Kontoinhaber: Name, Vorname	

2. Nach § 16 Heilfürsorgeverordnung (HVO) sind bei Durchführung eines Heilverfahrens zur Erhaltung der Gesundheit (Vorsorgekur) Fahrkosten erstattungsfähig, soweit sie 10 € je einfache Fahrt übersteigen. Anerkannt werden folgende notwendige Kosten:

- bei Nutzung eines öffentlichen Verkehrsmittel der Fahrpreis der niedrigsten Klasse unter Ausschöpfung von Fahrpreisermäßigungen;
- für einen in Anspruch genommenen Gepäcktransport, wenn auf Grund der Art der Erkrankung ein eigenständiger Transport nicht zumutbar ist;
- bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Landesreisekostengesetzes genannte Betrag (derzeit 0,25 € je Kilometer).

3. Anlässlich meiner Vorsorgekur im Zeitraum vom _____ bis _____ in _____

beantrage ich die Erstattung nachstehend aufgeführter Fahr- und Transportkosten:

Ich habe öffentliche Verkehrsmittel benutzt und beantrage Fahrkostenerstattung in Höhe von _____ €.
Die erforderlichen Originalbelege sind vollständig beigefügt.

Ich habe ein privates Kraftfahrzeug benutzt und beantrage hierzu Fahrkostenerstattung. Die einfache Entfernung betrug _____ Kilometer.

BF - FW_04 - BW037172 - 09/2019

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
montags bis freitags
von 8:00 Uhr
bis 16:30 Uhr

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

4. Bestätigung

Vorstehende Angaben sind richtig und vollständig. Mir ist bekannt, dass diese Grundlage für die Kostenerstattung sind. Nachträgliche Preisermäßigungen oder Rückerstattungen sowie weitere Kostenerstattungen teile ich dem KVBW unverzüglich schriftlich mit. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurden bisher keine Leistungen beantragt, auch nicht bei einer anderen Stelle oder von einer anderen Person. Die Kostenerstattung soll auf das oben genannte Konto erfolgen.

Unterschrift

Ort, Datum