

# Antrag auf Erstattung von Fahrkosten anlässlich einer Vorsorgekur - HVO



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

<b>BF</b>	Beihilfenummer
<b>Erklärung des Anspruchsberechtigten</b>	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	Telefonnummer (Angabe freigestellt)
Dienstherr	

## 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](http://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. Pro Fahrt werden 10 € Eigenbehalt einbehalten. Anerkannt werden folgende notwendige Kosten:

- bei Nutzung eines öffentlichen Verkehrsmittel der Fahrpreis der niedrigsten Klasse unter Ausschöpfung von Fahrpreisermäßigungen;
- bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs höchstens die Wegstreckenentschädigung, die im Landesreisekostengesetz in der jeweils gültigen Fassung genannt wird (0,30 € pro Kilometer seit 01.01.2022, 0,25 € bis 31.12.2021)

## 3. Anlässlich meiner Vorsorgekur im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_  
beantrage ich die Erstattung nachstehend aufgeführter Fahrkosten:

Ich habe öffentliche Verkehrsmittel benutzt und beantrage Fahrkostenerstattung in Höhe von \_\_\_\_\_ €.  
Die erforderlichen Belege sind vollständig beigelegt.

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

## 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

BF - FW\_04 - BW037172 - 02/2023

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

**Servicezeiten**  
siehe Homepage

**Internet / E-Mail**  
[www.kvbw.de](http://www.kvbw.de)  
[beihilfe@kvbw.de](mailto:beihilfe@kvbw.de)