

Bitte stets vollständig ausfüllen!

Familienname, Vorname	vollständige Anschrift	Geburtsdatum
Personalnummer	Dienstherr	
Bankverbindung/Kreditinstitut	IBAN (22 Stellen)	
ggf. abweichende/r Kontoinhaber/in, Name, Anschrift		Telefon tagsüber

Kommunaler
Versorgungsverband
Mecklenburg-Vorpommern
Beihilfestelle
Bertha-von-Suttner Str. 5
19061 Schwerin'

Antrag auf Kostenerstattung

nach der Feuerwehrbeamten-
Heilfürsorgeverordnung

Bitte Zutreffendes ankreuzen oder deutlich ausfüllen

krankheitsbedingte Aufwendungen

unfallbedingte Aufwendungen

Angaben zu Unfällen etc.

Die umseitig geltend gemachten Aufwendungen (Beleg Nr.) stehen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem sonstigen schädigenden Ereignis.

nein **ja**

- Dienstunfall
- Unfall im privaten Bereich
- sonstiges schädigendes Ereignis

Unfallschilderung:

(Bei einem möglichen Schadenersatzanspruch bitte unbedingt den Namen und die Anschrift des Ersatzpflichtigen / Versicherungsträgers sowie ggf. das Aktenzeichen angeben!)

(Erforderlichenfalls ein weiteres Blatt beifügen!)

Es besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung durch Dritte (z. B. private Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung etc.)

nein **ja**

(Name, Anschrift, Aktenzeichen)

Zusammenstellung der Aufwendungen				
Beleg Nr.	Datum der Rechnung, Kaufdatum des Hilfsmittels	Art der Aufwendungen (z. B. Heilmittel, Hilfsmittel, Rechnung der Rehaeinrichtung)	Rechnungsbetrag EUR	Heilfürsorgebetrag EUR
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Kostenerstattung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen haben.

Mir ist weiter bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werde.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Kostenerstattung bisher nicht beantragt.

Ort, Datum:

Unterschrift: