Antrag auf Erstattung von Krankheitskosten nach der Heilfürsorgeverordnung

Dieser Antrag ist auch im Internet abrufbar: www.lbv.bwl.de

Antragsteller: Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum	Vorwahl / Telefon

Speichern/Laden | Löschen

Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg
70730 Fellbach

Personalnummer

Antragsdatum

T T M M J J

Summe der geltend gemachten Aufwendungen

0,00 Euro, Cent

Hinweis:

Die folgenden Daten werden zur Auszahlung Ihrer Heilfürsorgeleistungen benötigt. Die Rechtsgrundlagen, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte dem Ihnen zugesandten Merkblatt zum Datenschutz. Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.

Ich **versichere**, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Gewährung von Heilfürsorgeleistungen sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort dem Landesamt für Besoldung und Versorgung anzuzeigen habe. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Erstattung bisher nicht beantragt.

Unterschrift — **Handschriftliche Unterschrift erforderlich!**

1. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht außer dem Heilfürsorgeanspruch für Sie?

Fügen Sie bei privater Krankenversicherung beim Erstantrag und Änderungen einen Nachweis über Art und Umfang bei.

	Ambulant in %	Stationär in %	Zahntarif	Zusatztarife [1)]
Antragsteller				

[1)] Hierunter fallen: Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten, Wahlleistungen im Krankenhaus, Auslands-(Reise-)versicherungen o.ä. Das Bestehen einer Auslands-(Reise-)versicherung ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Tagegeldversicherungen (Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeldversicherung).

2. Zusammenstellung der Aufwendungen

zu Spalte 5: Leistungen aus einem Prozenttarif müssen hier nicht angegeben werden
zu Spalte 6: Unfallanzeige bitte unbedingt ausgefüllt beifügen

Beleg Nr.	Datum der Rechnung, des Rezepts	Art der Aufwendung (z.B. ärztl. Behandlung, Krankenhausbehandlung)	Rechnungsbetrag EUR Ct	Kostenerstattung von anderer Seite EUR Ct	unfallbedingte Aufwendungen bitte kennzeichnen
1	2	3	4	5	6
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
		Gesamtsumme (bitte nach oben übertragen)	**0,00**		

Die Erstattung erfolgt grundsätzlich auf das Konto, auf das die laufenden Bezüge überwiesen werden.

LBV 304 – 09/06