



Erstattungsantrag

Mitglied - Angaben stets erforderlich

Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten
Bezirksleitung Wuppertal
- Posteingangsstelle -
42xxx Wuppertal

Mitglieds-Nr.

/

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung (KV)

oder

Pflegeversicherung (PV)

Folgende Angaben sind erforderlich für Personen, für die Leistungen beantragt werden

1. Bestehen Ansprüche aus gesetzlicher/privater Krankenversicherung/ anderen Rechtsvorschriften?

ja nein

Falls ja, aufgrund

- von Beihilferegelungen gegen einen anderen Dienstherrn als das BEV;
- Bundesversorgungsgesetz (BVG);
- privater Krankenversicherung (PKV) (ausgenommen Restkostenversicherung);

	Mitglied	Ehegatte	Kind(er) Vorname(n)
<input type="checkbox"/> von Beihilferegelungen gegen einen anderen Dienstherrn als das BEV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz (BVG);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> privater Krankenversicherung (PKV) (ausgenommen Restkostenversicherung);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

gesetzlicher Krankenversicherung (GKV);

- pflichtversichert
- freiwillig versichert
- familienversichert

<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Sind Aufwendungen durch Unfälle, Verletzungen oder andere schädigende Ereignisse entstanden?

Betreffen vorgelegte Belege einen Unfall/eine Verletzung?

ja nein

Falls ja, Beleg(e)-Nr.: _____

Tag des Unfalls/der Verletzung: _____

Unfallfragebogen/Tatbestandsschilderung ist beigelegt wurde bereits vorgelegt

3. Behandlung durch nahe Angehörige

Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit des Ehegatten, der Eltern oder der Kinder des Behandelten als Arzt, Zahnarzt, Heilbehandler usw. geltend gemacht?

ja nein

Falls ja, Beleg(e)-Nr.: _____

4. Ehegatte - Angaben erforderlich, wenn Leistungen für den mitversicherten Ehegatten beantragt werden

Der Ehegatte hatte im Vorvorkalenderjahr keine Einkünfte

Der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3, 5a EStG) des Ehegatten lag im Vorvorkalenderjahr unter 17.000,- EUR zwischen 17.000,- und 18.000,- EUR über 18.000,- EUR

Der Ehegatte hat im laufenden Kalenderjahr voraussichtlich keine Einkünfte

Der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3, 5a EStG) des Ehegatten wird im laufenden Kalenderjahr voraussichtlich unter 17.000,- EUR zwischen 17.000,- und 18.000,- EUR über 18.000,- EUR liegen.

Bitte die Unterschrift auf der Rückseite nicht vergessen!



5. Änderung personenbezogener Daten (falls zutreffend):

Name: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

6. Aufwendungen bei Krankheit oder Pflege (Bitte die Dokumente entsprechend nummerieren.)

Beleg-Nr.	Leistungen für Mitglied = M Ehegatte = E Kinder = Vorname (n)	Rechnungsbetrag	
		EUR	Ct

Beleg-Nr.	Leistungen für Mitglied = M Ehegatte = E Kinder = Vorname (n)	Rechnungsbetrag	
		EUR	Ct

7. Zusätzliche Angaben bei

7.1 - Stationärer Krankenhausbehandlung

Falls Wahlleistungen in Anspruch genommen wurden: Wahlleistungsvereinbarung ist beigelegt

7.2 - Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen, Reparaturen)

wurde bereits vorgelegt

Beleg-Nr.	Erstmalige Beschaffung		Beschaffungsdatum		Grund der Ersatzbeschaffung	Tönung	
	ja	nein	bisherige Sehhilfe	neue Sehhilfe		ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.3 Haushaltshilfe Mutterschaftsvorsorge Wochenhilfe Sterbegeld Überführungskosten

1) Bitte gesondertes Formblatt beifügen
3) Bitte Sterbeurkunde beifügen

2) Bitte Geburtsurkunde beifügen
4) Bitte Rechnung beifügen

Ich bestätige ausdrücklich die Richtigkeit der Angaben.

Mir ist bekannt, dass

- die vorgelegten Unterlagen nicht mehr zurückgeschickt, sondern nach einer bestimmten Zeit vernichtet werden;
- ich nachträgliche Rechnungsermäßigungen oder Preisnachlässe der KVB-Bezirksleitung anzuzeigen habe.

Ich willige ein, dass die KVB die in diesem Antrag einschließlich der Belege enthaltenen besonderen personenbezogenen Daten nur zur Berechnung und Zahlung verarbeitet und nutzt. **Außerdem bin ich damit einverstanden,** dass ein autorisierter und zur Einhaltung der beamten- und datenschutzrechtlichen Vorschriften verpflichteter Auftragnehmer die KVB bei der Datenverarbeitung unterstützt.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der / des Bevollmächtigten)

