

Kommunaler Versorgungsverband Mecklenburg-Vorpommern

Telefon 0385 3031-500
Telefax 0385 3031-504
E-Mail beihilfen@kv-mv.de

- Körperschaft des öffentlichen Rechts mit dem Sitz in Schwerin -
Der Direktor
- Beihilfestelle -

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

Vereinfachter Antrag auf Beihilfe in der beamtenrechtlichen Krankenfürsorge

(Seite bitte vollständig ausfüllen)

Bei Veränderungen gegenüber den letzten Angaben, bei Unfällen oder dauernder Pflegebedürftigkeit bitte den vollständigen Antrag nutzen.

- keine Veränderungen gegenüber den letzten Angaben
 kein Unfall
 keine dauernde Pflegebedürftigkeit
 Aktiv Versorger

Name

Vorname

Straße

Wohnort

Geburtsdatum

Personal-Nr.

IBAN

Telefon

ggf. E-Mail

Dienststelle bzw. ehemalige Dienststelle

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag in Höhe von _____ Euro am _____ erhalten.

Ich bitte dem Beihilfebescheid einen neuen vereinfachten Papiervordruck beizufügen.

Ich bitte dem Beihilfebescheid einen neuen Papiervordruck beizufügen.

2. Zusammenstellung der Aufwendungen

Wenn Aufwendungen für mehrere Personen geltend gemacht werden, bitte die Belege nach Personen geordnet eintragen. Bitte die Belege entsprechend nummerieren. Kopien sind ausreichend.

Wichtiger Hinweis zu Spalte 6:

Auch Kostenerstattungen von anderer Seite sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz (Prozenttarif) bemessen werden, ist kein Einzelnachweis erforderlich; die Leistungen der privaten Krankenversicherung (außer Leistungen bei dauernder Pflege) sind nicht anzugeben.

1	2	3	4	5	6
Beleg-Nr.	Bezeichnung der/des Erkrankten (A=Antragsteller/in, E=Ehegatte/in, L=eingetr. Lebenspartner/in bei K=Kindern Vorname/n)	Datum der Rechnung, Kaufdatum der Arznei	Art der Aufwendungen (z.B. ärztl./zahnärztl. Behandlung, Arzneimittel, Hilfsmittel, Krankenhausbehandlungen, Reha-Maßnahmen)	Rechnungsbetrag in EUR	Kostenerstattung von anderer Seite in EUR
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Beihilfebewilligung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

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

Datum, Ort

Unterschrift der/des Antragstellerin/ers