

Hinweis: Bitte immer ausfüllen!

Service Nummer	Name, Vorname, Amts-/Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
----------------	--	--------------

Norddeutsche Kirchliche Versorgungskasse
für Pfarrer und Kirchenbeamte (NKVK)
Beihilfeabteilung
Postfach 4563

30045 Hannover

Antrag auf Erstattung von Kosten eines Heilverfahrens im Rahmen der Dienstunfallfürsorge

Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für durch die Behandlung der **Dienstunfallfolgen** entstandenen Aufwendungen für den folgenden Dienstunfall:

Datum des Dienstunfalls *

* Bitte unbedingt angeben, da sonst eine Bearbeitung des Antrags nicht erfolgen kann.

Datum der Dienstunfallanerkennung *

Die Erstattung der mit diesem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist auf folgendes Konto zu überweisen:

Name, Vorname der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers	
IBAN	BIC
Anzahl der beigefügten Originalbelege	Gesamtrechnungsbetrag ca.

Ich versichere die **Richtigkeit und Vollständigkeit** meiner Angaben.

Weiterhin bestätige ich,

- dass in den Belegen **ausschließlich** Aufwendungen enthalten sind, die den oben aufgeführten Dienstunfall betreffen und
- dass hierauf **keine Beihilfe nach den Beihilfavorschriften** gewährt wurde,
- dass hierauf **keine Erstattung von dritter Seite** (insbesondere von privater Krankenversicherung) erfolgt ist.

Mit der Speicherung der für die Erstattung von Heilverfahrenskosten notwendigen medizinischen Daten bin ich einverstanden.

Datum	Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers
-------	---