



Antragsteller/in Name		Postleitzahl, Wohnort	
Antragsteller/in Vorname	Geburtsdatum	Straße, Nr.	
Kommunale Versorgungskassen Westfalen-Lippe Unfallfürsorge Postfach 48 06 48027 Münster		Telefon dienstl.	privat
		Dienstherr:	
		Az.:	

Antrag auf Erstattung von Heilbehandlungskosten anlässlich eines Dienstunfalls

(Bitte die Kosten einzeln auf der Rückseite eintragen)

Dienstunfall vom

Überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf mein Konto

IBAN
Geldinstitut

Hinweis:

Kostenersatz kann nur auf Vorlage von Originalbelegen gewährt werden.

Beachten Sie bitte, dass alle Belege mit Diagnoseangaben versehen sind.

Sollten in den Rechnungen auch dienstunfallunabhängige Kosten enthalten sein, müssen die unfallabhängigen Kosten unbedingt vom/von der Behandler/in kenntlich gemacht werden.

Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der den kvw übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten entnehmen Sie bitte der folgenden Internetseite unter <https://www.kvw-muenster.de/datenschutz-hinweise>.

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.

KONTAKT

Zumsandstraße 12 // 48145 Münster
Tel. (0251) 591-6749 // Fax (0251) 591-5915
kvw@kvw-muenster.de
www.kvw-muenster.de

BANKVERBINDUNG

IBAN: DE12 3005 0000 0000 8999 22
BIC: WELADED

Zusammenstellung der entstandenen Aufwendungen

<i>Wird von den kvw ausgefüllt</i>						
1	2	4		5		6
Beleg Nr.	Rechnungs- datum	Rechnungs- betrag		Davon erstattungs- fähig		Bearbeitungsvermerk
		EURO	Cent	EURO	Cent	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
Summe:						

Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Gewährung von Dienstunfallfürsorgeleistungen sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sofort den kvw schriftlich anzuzeigen habe.
Für die geltend gemachten Aufwendungen wurden bisher weder Dienstunfallfürsorge noch andere Leistungen (z. B. Beihilfe) beantragt, auch nicht bei einer anderen Stelle oder durch eine andere Person.

Datum

Unterschrift

Wird von den kvw ausgefüllt

Sachlich richtig und festgestellt

Datum

Name