

Urschriftlich zurück an

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt  
Beamtenversorgung  
Carl-Miller-Str. 7  
39112 Magdeburg

\_\_\_\_\_  
Aktenzeichen

\_\_\_\_\_  
Unfalldatum (TTMMJJJJ)

## Erstattung von Dienstunfallkosten

### 1. Angaben zur verletzten Person

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Wohnort/Ortsteil

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen)

### 2. Auszahlung der Erstattung

Auf welches Konto soll die Erstattung erfolgen?

mein bekanntes Konto

folgendes Konto

\_\_\_\_\_  
IBAN (max. 34 Stellen)

\_\_\_\_\_  
BIC (max. 11 Stellen)

\_\_\_\_\_  
Name des Geldinstituts

\_\_\_\_\_  
Name Kontoinhaber/in (falls abweichend vom Antragsteller/von der Antragstellerin)

### Hinweise

Sollten Sie mehrere Dienstunfälle erlitten haben, so sind die Aufwendungen jeweils in einem gesonderten Antrag geltend zu machen. Für jede Aufwendung ist ein entsprechender Beleg beizufügen.

Eine Anerkennung vor Behandlungsbeginn ist z. B. für Sanatoriumsaufenthalte oder psychotherapeutische Behandlung erforderlich.

Bei Hilfsmitteln sowie Heilbehandlungen u. ä. wird die vorherige schriftliche Verordnung eines Arztes benötigt.

Bei Pflegeheimkosten fügen Sie bitte stets auch die Pflegekostentarife bei.

### Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Die Belege enthalten nur Aufwendungen, die in ursächlichem Zusammenhang mit dem Dienstunfall stehen. Hierzu wurde weder Beihilfe nach den Beihilfavorschriften geltend gemacht oder gewährt, noch erfolgte eine Geltendmachung bei der Krankenversicherung.

Ich versichere, dieselben Kosten nicht im Wege der Beihilfe und/oder der Krankenversicherung geltend zu machen.

X  
\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Beamtin/des Beamten bzw. der/des DO-Angestellten

