

Antragsvordruck Zuschuss zu Rehabilitationsmaßnahme



VERSORGUNGSWERK DER WIRTSCHAFTSPRÜFER
UND DER VEREIDIGTEN BUCHPRÜFER
IM LANDE NORDRHEIN-WESTFALEN | KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Personenbezogene Angaben

Name, Vorname: _____

Mitgliedsnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Geburtsdatum: |_|_|_|_|·|_|_|_|·|_|_|_|_|_|

Steuer-Identifikationsnummer (§ 139b AO): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Rentenversicherungsnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (freiwillige Angabe): _____

Ich beantrage einen Zuschuss des WPV gemäß § 15 der Satzung

zu meiner Kur zu _____

als notwendige Maßnahme zu meiner Rehabilitation.

Ärztliches Gutachten

Ein ärztliches Gutachten, das die beabsichtigte Maßnahme als erforderlich bezeichnet und befürwortet,

habe ich bereits unter dem _____ vorgelegt.

füge ich bei.

Kostenvoranschlag

Einen Voranschlag über die Kosten der beabsichtigten Maßnahme

habe ich bereits unter dem _____ vorgelegt.

füge ich bei.

Kostenübernahme durch Dritte

1. § 15 Abs. 3 Satz 2 der Satzung bestimmt, dass das WPV Zuschüsse nur leistet, soweit keine Kosten-erstattungspflicht eines Dritten besteht. Ich erkläre, dass ich bei den nachstehend aufgeführten Drittzuschuss-gebern versichert bin (bzw. dass deren Inanspruchnahme in Betracht kommt):

a) Private Krankenversicherung bei: _____

b) Gesetzliche Krankenversicherung bei: _____

c) Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) bei: _____

d) Haftpflichtversicherung eines Dritten (sofern die Rehabilitationsmaßnahme durch einen Unfall mit Drittverschulden erforderlich geworden ist)

ja bei: _____
 nein

e) Sonstige Schadensversicherung (sofern die Rehabilitationsmaßnahme durch einen Unfall ohne Drittverschulden erforderlich geworden ist, z. B. bei Insassenversicherung)

ja bei: _____
 nein

f) Berufsgenossenschaft (sofern die Rehabilitationsmaßnahme durch einen in Berufsausübung erlittenen Schaden erforderlich geworden ist)

ja bei: _____
 nein

g) Anspruch auf Beihilfe aufgrund meiner Beschäftigung im öffentlichen Dienst

ja bei: _____
 nein

h) Anspruch eines Ehegatten auf Beihilfe für mich aufgrund seiner Beschäftigung im öffentlichen Dienst

ja bei: _____
 nein

i) Arbeitgeber (direkt oder durch Pensionskasse)

ja bei: _____
 nein

j) Sonstiger Leistungsverpflichteter

ja bei: _____
 nein

Die Korrespondenz mit den in Betracht kommenden Drittzuschussgebern füge ich bei, auch soweit diese ohne positives Ergebnis geblieben ist.

2. Folgende Stellen sind in Kenntnis des Kostenvoranschlages zu einer Übernahme von Kosten bereit:

| | Drittzahler | € | gemäß Bescheid vom |
|---|-------------|---|--------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |

Abschriften der vorstehenden Bescheide

habe ich bereits unter dem _____ vorgelegt zu Nr. _____.
 füge ich bei zu Nr. _____.

Ich versichere die Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

 Ort, Datum

 Unterschrift

Entbindung von Ärzten und sonstigen Stellen von der Verschwiegenheitspflicht

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: |_|_|·|_|_|·|_|_|_|_|

Hiermit ermächtige ich das WPV zur Nachprüfung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben

- alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde,

und

- Sozialversicherungsträger, Behörden und private Versicherer, gegenüber denen ich Leistungsansprüche im Zusammenhang mit der Berufsunfähigkeit geltend gemacht habe oder geltend machen werde, sowie meinen Arbeitgeber

über meine Gesundheitsverhältnisse und über Ursachen, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, zu befragen.

Ich entbinde alle, die nach vorstehenden Regelungen befragt werden, ausdrücklich von der Verschwiegenheitspflicht auch über meinen Tod hinaus. Ich ermächtige das WPV, Auskünfte und Unterlagen an andere im Auftrag des WPV mit der Angelegenheit befasste Personen weiterzugeben.

Als Personen und Institutionen, die über meinen Gesundheitszustand Auskunft geben können, benenne ich insbesondere

Herrn/Frau Dr. med.: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Herrn/Frau Dr. med.: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ort, Datum

Unterschrift