

## Antrag auf Kostenerstattung für einen Dienstunfall

Versorgungskasse Oldenburg  
 Nadorster Str. 155  
 26123 Oldenburg

**Mitglied der Versorgungskasse**

Absender	
Auskunft erteilt	
Aktenzeichen	Datum
Telefon	
E-Mail	

<b>Allgemeine Angaben</b>	
Name, Vorname der/des Verletzten:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Telefonnummer:

<b>Angaben zum Unfall</b>	
Datum und Uhrzeit des Unfalls:	Unfallstelle (genaue Bezeichnung):

<b>Angaben zur Erstattung</b>
Ich bitte, mir die auf Seite 2 aufgeführten und durch Originalbelege nachgewiesenen Kosten aus Mitteln der Dienstunfallfürsorge zu erstatten. Für die genannten Aufwendungen habe ich weder die Gewährung von Beihilfe noch eine Kostenerstattung nach anderen Rechtsvorschriften beantragt. Die Krankenversicherung wurde von mir nicht in Anspruch genommen. Ich bitte, den Betrag auf mein nachstehendes Konto zu überweisen.
Bankverbindung, auf die die Dienstunfallfürsorge überwiesen werden soll.
<input type="checkbox"/> Folgendes Konto <span style="margin-left: 300px;"><input type="checkbox"/> bereits bekanntes Konto</span>

Vor- und Nachname des Kontoinhabers:	IBAN:
Bank:	BIC:

<b>Bestätigung</b>
Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Dienstunfallfürsorgegewährung sind und dass ich Preisermäßigungen oder –nachlässe sowie Kostenerstattungen – auch nachträglich – sofort der Versorgungskasse Oldenburg schriftlich mitzuteilen habe. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurden Beihilfen nicht beantragt, auch nicht bei einer anderen Beihilfestelle oder durch eine andere Person und ebenso Erstattungen bei einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung nicht in Anspruch genommen.

Datum	Unterschrift des Verletzten

