

# 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