



Kommunaler
Versorgungsverband
Sachsen

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen
Postfach 16 01 17
01287 Dresden

Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei

- stationärer Krankenhausbehandlung
 - Anschlussrehabilitation
 - stationärer Rehabilitation

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

1. Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

Name, Vorname	Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		

2. Erkrankte Person

Antragsteller Ehegatte (Vorname) Kind (Vorname)

3. Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses/ der Rehabilitationseinrichtung		
voraussichtliche Behandlungsdauer	Allgemeiner Pflegesatz (€)	zu leistende Vorauszahlung (€)
Zuschlag für 2-Bett-Zimmer (€)		

4. Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung.
Die Überweisung soll erfolgen: an mich an das Krankenhaus an die Rehabilitationseinrichtung

Name und Sitz des Geldinstitutes	Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)
IBAN	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/ des Bevollmächtigten