

Name, Vorname: _____

Empf.Nr.: _____

Anschrift: _____

Bundeseisenbahnvermögen
Postfach 41 06 49
12116 Berlin

**Antrag auf Übernahme / Erstattung von Behandlungskosten aufgrund des
Schadensereignisses / Dienstunfalls vom _____**

Rechnungs-/ Verordnungs- Datum:	Rechnungs- Betrag:	bereits gezahlt? (X)	noch unbezahlt? (X)	bereits von Krankenversicherung erstatteter Betrag: (bitte Erstattungsmitteilung beifügen)

**Bitte beachten: Alle Rechnungen und Verordnungen müssen im Original
eingereicht werden!**

Auszahlung der Erstattung an:

Kontoinhaber:	
IBAN:	
BIC:	

Datum

Unterschrift