Allgemeine Hinweise

Formular leeren

RZVK
Ruhegehalts- und Zusatzversorgungskasse des Saarlandes

RZVK des Saarlandes
Beihilfe-Umlage-Gemeinschaft
Postfach 10 24 34
66024 Saarbrücken

oder per Fax: 0681/4000-389

Antrag auf Abschlagszahlung

Antrag auf Abschlagszahlung für eine zu erwartende Beihilfe bei stationärer Krankenhausbehandlung/Sanatoriumsbehandlung/Heilkur

1. AntragstellerIn bzw. Beihilfeberechtigte(r)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Kenn-Nr.: _____ Hilfe

Straße u. Hausnr.: _____

PLZ u. Ort: _____

Telefon: _____

2. Erkrankte Person

☐ AntragstellerIn ☐ Ehegatte: _____ (Vorname) ☐ Kind: _____ (Vorname)

3. Kosten

Name des Krankenhauses: _____

Straße u. Hausnr.: _____

PLZ u. Ort: _____

Behandlungsdauer: vom: _____ bis: _____

Zu leistende Vorauszahlung gesamt: _____ Euro

Diesem Abschlagsantrag ist die Vorschussanforderung des Krankenhauses/Sanatoriums beizufügen, die Angaben über den Aufenthaltszeitraum und den Pflege- oder Tagessatz enthalten müssen.

4. Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung und Überweisung an:

☐ mich ☐ das Krankenhaus/Sanatoriums

Name und Sitz des Geldinstituts: _____

Bankleitzahl: _____ Kontonummer: _____

Kontoinhaber, falls nicht Antragsteller: _____

Die gewährte Abschlagszahlung steht unter dem Vorbehalt des vollen oder teilweisen Widerrufs für den Fall, dass die später berechnete Beihilfe den bereits gewährten Abschlagsbetrag unterschreitet. Der übersteigende und somit überzahlte Betrag ist zurückzuzahlen.

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift

Formular drucken

Stand: 01.08.2007