Versicherungsfall Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(**füllt die Sozialversicherungsanstalt aus)*

**Antrag auf die Zuerkennung des Ersatzes der mit der Therapie verbundenen Kosten**

**(§ 100 Gesetz Nr. 461/2003** **der Gesetzsammlung über die Sozialversicherung in Fassung künftiger Vorschriften)**

**Arbeitsunfall (PÚ) vom**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Berufskrankheit (ChzP) festgestellt am** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Antragsteller** |
| 1.1 | Name, Vorname, Titel | | Geburtsname | Telefonkontakt |
|  |  | |  |  |
| 1.2 | Geburtsnummer | | Staatsangehörigkeit | |
| 1.3 | Dauerwohnort – Straße, Nummer, Gemeinde, PLZ, Bezirk | | | |
|  |  | | | |
|  | Temporärer Wohnort – Straße, Nummer, Gemeinde, PLZ, Bezirk | | | |
|  |  | | | |
| 1.4 | Die Leistung überweisen  **1.**  **auf Konto\*** Sind Sie Inhaber des genannten Kontos?  ja  nein  Konto Nr. IBAN  Falls der Kontoinhaber der Ehemann/die Ehefrau des Leistungsantragstellers ist, markiert der Antragsteller:  Ich bin berechtigt, über die Geldmittel auf dem genannten Konto zu verfügen und der Ehemann/die Ehefrau ist mit der Überweisung der Unfallversicherungsleistung auf sein / ihr Konto einverstanden  ja  nein  **2.**  **in bar durch Postanweisung** auf Auszahlung auf die Anschrift unter Punkt 1.3\* | | | |
|  |
| 1.5 | Zum Tag der Antragstellung beziehen Sie die Rente  ja  nein  Altersrente  aus Dienstsicherstellung der Polizeibeamten und Soldaten in der Höhe ............  Invalidenrente  Invalidendienstrente in der Höhe ................ | | | |
| 1.6 | Sind Sie der Halter des Ausweises eines schwerbehinderten?  ja  nein | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Arbeitgeber, verantwortlich für PÚ/ChzP** | | |
| 2.1 | Name und Rechtsform | | Id. Nr. |
|  |  | | |
| 2.2 | Anschrift |  | |
|  |  | | |

**E r k l ä r u n g**

Ich erkläre, ich habe keine entscheidende Tatsache auf die Entstehung des Anspruchs, Zuerkennung und Auszahlung der mit der Therapie verbundenen Kosten. Ich bin der Rechtsfolgen der unwahren Erklärung bewusst.

**B e l e h r u n g**

1. Laut § 117 Abs. 1 Gesetz Nr. 461/2003 der Gesetzsammlung über die Sozialversicherung werden die Leistungen auf das Konto des Empfängers in der Bank oder in der Niederlassung der ausländischen Bank überwiesen. **Auf Antrag des Empfängers der Leistung wird die Leistung in bar ausgezahlt, wenn nicht anders gesetzlich festgelegt. Auf den schriftlichen Antrag des Beziehers der Leistung wird die Leistung auf das Konto des Ehemannes (der Ehefrau) in der Bank oder in der Niederlassung der ausländischen Bank überwiesen, wenn er/sie in der Zeit des Bezugs der Leistung Recht hat, über die Geldmittel auf diesem Konto zu verfügen und wenn der Ehemann (die Ehefrau) mit diesem Vorgang der Überweisung der Leistung einverstanden ist.**
2. Laut § 117 Abs. 2 Gesetz Nr. 461/2003 der Gesetzsammlung, wenn der Bezieher der Leistung die Änderung der Art der Auszahlung der Leistung beantragt, ist die Sozialversicherungsanstalt verpflichtet, diese Änderung spätestens von der in dem dritten Monat fälligen Leistungsrate zu machen, die nach dem Kalendermonat folgt, in dem der Antrag auf die Änderung der Leistungsauszahlung der Sozialversicherungsanstalt zugestellt wurde.

Die Belehrung habe ich verstanden.

Den: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers

**E r t ä u t e r u n g e n:**

Passendes mit “x“ ankreuzen

**\*** eine der Möglichkeiten wählen

**A n l a g e n:** Belege über dieaufgewendeten Kosten**, die** mit der Therapie verbunden sind