

**Antrag zur Rueckerstattung der Kosten**  
( Formular B )

<b>VERUNFALLTER</b>	
Name und Vorname :	_____
Nr. und Strasse :	_____
Wohnort :	_____
Krankenkasse :	_____
Versicherungsnummer :	_____
Lizenznummer :	_____ Verein : _____

Unfalldatum : \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Spiel- oder Trainingssaal angeben

Arzt \_\_\_\_\_ Krankenhaus \_\_\_\_\_

Beilage : Rechnungen und Belege

**Abrechnung:**

Total des Ausgaben	+ _____
Rueckerstattung Krankenkasse	- _____
Rueckerstattung Caisse Médico Chirurgicale Mutualiste	- _____
Sonstige Rueckerstattungen	- _____
Unkostenueberschuss	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Zuschuss der MFLTT	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

Ich bitte den mir durch die M.F.L.T.T. zugestanden den Zuschuss zu ueberweisen

- auf mein Postscheckkonto N° \_\_\_\_\_

- auf mein Bankkonto \_\_\_\_\_

Name sowie Nummer der Bank

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Verunfallten)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Vereins)