

## Beihilfeantrag (Beihilfeablöseversicherung nach Tarif B)

**Beihilfe-Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

**Bei erstmaliger Antragstellung:** Bitte alle Fragen beantworten.

**Bei wiederholter Antragstellung:** Haben sich gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag Änderungen ergeben?

nein

ja, die Änderungen sind deutlich gekennzeichnet.

**Bitte keine Originalbelege beifügen – pro Beleg nur eine Kopie einreichen.**

Die Kopien müssen gut lesbar sein, bitte keine handschriftlichen Vermerke auf den Belegen anbringen und die Belege bitte nicht heften, klammern oder (be-)kleben. Vielen Dank!

Die im Beihilfeantrag gemachten Angaben bilden die Grundlage für die Beihilfeansprüche und deren Beihilfefestsetzung.

**Die Daten werden ausschließlich für Beihilfezwecke erhoben.**

**Bitte Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen.** Die Richtigkeit der Angaben wird auf der letzten Seite dieses Antrags durch die Unterschrift bestätigt.

<b>I. Angaben zum Beihilfeberechtigten (Antragsteller)</b>	Nachname	Vorname			
	Geburtsdatum	akademischer Titel			
	PLZ	Wohnort	Straße		
	Diese Angaben sind freiwillig:		Vorwahl	Telefon Privat	Vorwahl

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  dauernd getrennt lebend seit \_\_\_\_\_

Beim Arbeitgeber/Dienstherrn: \_\_\_\_\_

Beschäftigt als:  Arbeitnehmer (Arbeiter/Angestellter/Azubi)  Beamter seit \_\_\_\_\_

Beschäftigungsumfang:  Vollzeit  Teilzeit zu \_\_\_\_\_ % (= Std./Woche \_\_\_\_\_ )  
 Altersteilzeit zu \_\_\_\_\_ % (Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_ )

Ich erhalte meine monatlichen Bezüge/Gehälter nach der Besoldungs-/Vergütungs-/Entgeltgruppe: \_\_\_\_\_

**Nur für Rentner und Versorgungsempfänger:**

Ich beziehe  Altersrente (als ehemaliger Arbeitnehmer)  Witwen-/Witwergeld  
 Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften  Vollwaisengeld seit \_\_\_\_\_

und bin daneben noch berufstätig (durchschnittlich \_\_\_\_\_ Stunden/Woche) beim Arbeitgeber/Dienstherrn:  
\_\_\_\_\_

Aus dieser Tätigkeit besteht ein Beihilfeanspruch  nein  ja

**II. Bitte immer ausfüllen, wenn Aufwendungen für die/den Ehegattin/Ehegatten, Lebenspartner/in geltend gemacht werden.**  
**Angaben zum Ehegatten**

Nachname, Vorname  Geburtsdatum  Heirat/Verpartnung am

nicht berufstätig  beschäftigt bei Arbeitgeber/Dienstherrn  als

geringfügig Beschäftigte/r  Arbeitnehmer/in  Beamter/Beamtin  Selbständige/r

Beschäftigungsumfang:  Vollzeit  Teilzeit zu  % = Std./Woche   
 Altersteilzeit zu  % Beginn:  Ende:

Rentner (als ehemaliger Arbeitnehmer)  Versorgungsempfänger nach beamtenrechtlichen Grundsätzen

Besteht aus dieser Berufstätigkeit ein eigener Beihilfeanspruch?  nein  ja, zum Bemessungssatz von  %

Wie hoch war der **Gesamtbetrag der Einkünfte** nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz \*) Ihrer Ehegattin/Ihres Ehegatten, Ihrer Lebenspartnerin/Ihres Lebenspartners

- im <b>letzten</b> Kalenderjahr (20___)? vor dieser Antragstellung	<input type="checkbox"/> bis 10.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 10.000 EUR bis 17.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 17.000 EUR bis 18.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 18.000 EUR
- im <b>vorletzten</b> Kalenderjahr (20___)? vor dieser Antragstellung	<input type="checkbox"/> bis 10.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 10.000 EUR bis 17.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 17.000 EUR bis 18.000 EUR	<input type="checkbox"/> über 18.000 EUR

\*) Den Gesamtbetrag der Einkünfte können Sie ggf. dem Einkommensteuerbescheid entnehmen. Zum Gesamtbetrag der Einkünfte gehören auch Einkünfte aus Kapitalvermögen, die aufgrund der Regelung zur Abgeltungssteuer nicht zwingend in der Steuererklärung anzugeben sind.

**III. Angaben zu den Kindern** Kinder, Adoptivkinder, Pflegekinder und Enkelkinder, für die dem Antragsteller das Kindergeld nach dem Bundeskindergeldgesetz zusteht

Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Angaben zu <input type="checkbox"/> Praktikum, <input type="checkbox"/> Studium, <input type="checkbox"/> Schul- oder Berufsausbildung, <input type="checkbox"/> eigener Berufstätigkeit?	von	bis
Kind 1		als	wo	
Kind 2				
Kind 3				

**Wenn eines (oder mehrere) der oben genannten Kinder über 25 Jahre alt ist (sind):**

Besteht weiterhin ein Anspruch auf das Bundeskindergeld?

Ja, weil das Kind  Nachname, Vorname

wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten (Behinderungsgrad:  % ),

Beginn der Behinderung:

sich noch in Schul- oder Berufsausbildung bzw. Studium befindet und

den gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienst in der Zeit vom  bis  abgeleistet hatte, der auf den Kindergeldanspruch angerechnet wird.

Der Kindergeldanspruch besteht bis spätestens

**Wenn beide Elternteile selbst beihilfeberechtigt sind und das Kindergeld beiden zusteht:**

Ist mindestens einer der beiden Beihilfeberechtigten als Arbeitnehmer beschäftigt, haben die Elternteile gemeinsam schriftlich zu bestimmen, wer von Ihnen die Beihilfe für das Kind bzw. die Kinder erhalten soll.

Ich, der Antragsteller, bin nicht der Empfänger des Kindergeldes/ der kinderbezogenen Zuschläge

Das Formular „Gemeinsame Bestimmung zum Bezug von Beihilfen für die bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähige Angehörige“ liegt den Beihilfestellen

bereits vor

noch nicht vor,

das Formular liegt heute als Anlage bei

das Formular wird hiermit angefordert

**IV. Angaben zur Krankenversicherung**

Versicherte Person	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung						
	Vollversicherung		B Basistarif S Standardtarif N Notlagentarif	pflicht- versichert	freiwillig versichert		familien- versichert	über	als Rentner	seit
	Selbst- behalt	Prozent- tarife			wie pflicht- versichert	Kostener- stattung				
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/>	
Ehegatte/eingetragener Lebenspartner (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> A		<input type="checkbox"/>	
Kind 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
Kind 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
Kind 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	

Höhe des monatlichen Zuschusses zum Krankenversicherungsbeitrag vom Arbeitgeber oder der Rentenversicherung

Antragsteller/in (A)	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner (E)	Kind 1	Kind 2	Kind 3

Höhe des monatlichen Krankenversicherungsbeitrages

Antragsteller/in (A)	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner (E)	Kind 1	Kind 2	Kind 3

**Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse**

Stets nachzuweisen ist die Höhe

- der von der Krankenkasse gewährten oder fiktiv zustehenden Leistungen sowie
- der Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei privatärztlichen Behandlungskosten und
- der Patienten-Eigenanteile, -Zuzahlungen und -Kostenanteile

**Unterhalten Sie eine private Zusatzversicherung?**

Hierunter fallen private Zusatzversicherungen/Ergänzungstarife für Arzt-, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel-, Zahnkosten, Wahlleistungen im Krankenhaus, Auslands-(Reise-)Versicherungen, Pflegeversicherungen, usw.

- nein
- ja, der Nachweis über Art und Umfang  ist beigefügt  liegt bereits vor

**Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung**

Stets nachzuweisen ist die Höhe und der Umfang des privaten Krankenversicherungsschutzes

- bei der ersten Antragstellung
- bei jeweils aktuellen Änderungen

durch die Vorlage einer Versicherungsbescheinigung einschließlich ggf. vereinbarter besonderer Bedingungen, wie z.B. Leistungsausschlüsse, usw.

- der Nachweis über Art und Umfang  ist beigefügt  liegt bereits vor

**Wichtig: Enthält der private Krankenversicherungsschutz Selbsthalte/Selbstbehalt-Tarife und/oder (teilweise) unterschiedliche Erstattungsquoten, so sind die einzelnen Leistungen der privaten Krankenversicherung entweder per Stempelvermerk auf den Kopien der Kostenbelege oder durch die Vorlage von vollständigen Zahlungsmittelungen nachzuweisen.**

**V. Vorrangige Ansprüche**

**Haben Sie oder Ihre Angehörigen vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach** anderen/sonstigen Rechtsvorschriften, dienst- oder arbeitsvertragliche Regelungen, Beamten- oder Soldatenrecht, Bundesversorgungs-, Bundesentschädigungs- oder Entwicklungshilfegesetz, usw.?

- nein  ja (dann bitte ausfüllen) Nachweis:  liegt bei  liegt bereits vor

Nachname, Vorname	Art des Anspruchs

Anerkanntes Versorgungsleiden?

(Soweit noch nicht geschehen, bitte Abschrift oder Kopie des Rentenbescheides vorlegen.)

**VI. Behandlung / Pflege durch Angehörige**

**Die Behandlungen oder Pflege erfolgte durch einen nahen Angehörigen:**

Zu den nahen Angehörigen zählen: Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerter ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

Name des Patienten bzw. der zu pflegenden Person	Name des Arztes, Leistungserbringers, bzw. der pflegenden Person	Verwandtschaftsverhältnis

**VII. In Geburtsfällen**

**In Geburtsfällen und bei Adoptionen von Kindern (Eine Kopie der Geburtsurkunde liegt bei)**

(sofern Beihilfeansprüche nach einem der folgenden Beihilfeverordnungen bestehen: des Landes Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen oder Rheinland-Pfalz)

- Ich beantrage die Pauschalbeihilfe zur Säuglings- und Kleinkindausstattung

Für das Kind , geboren am

**HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit**

70166 Stuttgart • gruppe@hallesche.de • www.hallesche.de • ALTE LEIPZIGER – HALLESCHE Konzern

**VIII.  
In Sterbefällen**

Antrag auf die ggf. zustehende Beihilfe zu den entstandenen Bestattungs- und/oder Überführungskosten  
in Höhe von €

Name des Verstorbenen

, Todestag

Sterbeort

Todesfall im Ausland während

einem privaten Auslandsaufenthalt

einer Dienstreise

Es bestehen Ansprüche auf Sterbe- und Bestattungsgelder in Höhe von €

von anderer Seite (hierzu zählen solche, die aufgrund von Rechtsvorschriften, dienst-/arbeitsvertraglichen Regelungen aus einem Beschäftigungsverhältnis, aus Schadensersatzansprüchen, Sterbekassen oder Zusatzversicherungseinrichtungen (z.B. von (ehemaligen) Arbeitgebern/Dienstherren, von einer Krankenversicherung, vom Versorgungsamt, usw. zustehen).

**IX.  
Bei Unfällen**

Es werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht  
(hierzu zählen z.B. auch kleine, unbedeutende häusliche Unfälle, usw.)

Verletzte Person

Unfall am

Unfall-Art

Dienst-/Arbeitsunfall

häuslicher Unfall

sonstiger Unfall

Unfall in/zu/von

Schule

Studium

Kindergarten

Verein

Liegt ein Fremdvorschuld vor?

nein

ja

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

nein

ja

Erlittene Verletzungen:

Kurze Unfallschilderung:

**X.  
Bankverbindung  
des Beihilfe-  
berechtigten**

Bankverbindung der/des Beihilfeberechtigten für die Erstattung der Beihilfeleistungen:

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Bei abweichendem  
Kontoinhaber:

Ich bin Erbe/Nachlassnehmer des Beihilfeberechtigten

Ich bin bevollmächtigt

der Nachweis liegt bereits vor

der Nachweis liegt bei

**XI.  
Erklärung**

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder -nächlässe auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe und dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meinen Ehegatten zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamts) unzutreffend waren.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt – auch nicht bei einer anderen Beihilfestelle.

**Unterschrift**

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Name und Anschrift des abweichenden Antragstellers als

Erbe (Nachlassnehmer); Verwandtschaftsverhältnis zu verstorbenen Beihilfeberechtigten: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte/Bevollmächtigter