

Debeka  
Leistungszentrum Koblenz  
56078 Koblenz

**Antrag**

Service-Nr.: \_\_\_\_\_

**Auszahlung von Versicherungsleistungen**

**Auszahlung von Beihilfeleistungen**

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen  oder in Druckschrift ausfüllen.  
Änderungen der persönlichen Daten einschließlich der Kontoverbindung bitte durch deutliche Markierungen kennzeichnen.

<b>1</b>	Beamter <input type="checkbox"/>	Versorgungsempfänger <input type="checkbox"/>	Anwärter <input type="checkbox"/>	Amtsbezeichnung		Vergütungsgruppe		
	Tarifbeschäftigter/ Angestellter <input type="checkbox"/>		Witwer <input type="checkbox"/>	Waise <input type="checkbox"/>				
<b>2</b>	Name, Vorname			Geburtsdatum	Dienststelle			
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			Eintrittsdatum	Austrittsdatum			
	Telefon		E-Mail					
	Im Ruhestand/ Rente seit:	Vollbeschäftigung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Zahl der Wochenstunden:		Std.		
			Dauer der Regelarbeitszeit:				Std.	
	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft							seit:
Erhalten Sie Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> ja, seit:		In Elternzeit <input type="checkbox"/> ja, seit:	Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 24 Monaten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grund: vom bis			Altersteilzeit: von bis		
<b>3</b>	Vorname des <b>Ehegatten/Lebenspartners</b> (ggf. abweichender Familienname)				Geburtsdatum			
	Ist der Ehegatte/Lebenspartner erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> nein		Hat der Ehegatte/Lebenspartner eine <b>eigene Beihilfeberechtigung</b> ? <input type="checkbox"/> ja, bei:		<input type="checkbox"/> nein			
	bei: <input type="checkbox"/> Teilzeit							
	Ist der Ehegatte/Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt worden? <input type="checkbox"/> ja, vom bis						<input type="checkbox"/> nein	
	Grund: <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Art benennen):							
Wie hoch sind die jährlichen Einkünfte des Ehegatten/Lebenspartners (§ 2 Abs. 3 EStG)?								
<input type="checkbox"/> im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung:				EUR				
<input type="checkbox"/> im Kalenderjahr vor der Antragstellung:				EUR				
<input type="checkbox"/> voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr:				EUR				
<b>4</b>	Welche <b>Kinder</b> sind im Familien- (ggf. Orts- bzw. Sozial-) Zuschlag berücksichtigungsfähig?							
	Vorname (ggf. abweichender Familienname)		Geburtsdatum	Bei Kindern in Berufsausbildung/Studium			eigene Beihilfeberechtigung	
				Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtliches Ende		
	1						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	2						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Ist ein Kind bei einer anderen Person im <b>Familien- (ggf. Orts- bzw. Sozial-) Zuschlag</b> berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ bei: _____ <b>(falls ja, bitte Originalbelege für das Kind vorlegen)</b>		<input type="checkbox"/> nein
Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Berufsausbildung/ das Studium beendet, unter- oder abgebrochen? <input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ seit: _____		<input type="checkbox"/> nein

<b>5a) Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?</b>									
(bei Ehegatte/ Lebenspartner/ Kind Vornamen angeben)	Private Krankenvollversicherung (PKV) Umfang des Versicherungsschutzes (Bei erstmaliger Antragstellung bitte einen Nachweis über den Umfang beifügen)			Private Kranken- zusatzversicherung (z. B. Ergänzung- tarife zur GKV)	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)			nicht versichert	
	ambulant	stationär	Zahnkosten		pflicht- vers.	freiwillig vers.	familien- vers. über		
für Antragsteller (A)	%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
für Ehegatte/ Lebens- partner (E)	%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/>	
für Kind 1	%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
für Kind 2	%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
für Kind 3	%	%	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	
<b>5b) Besteht ein Beihilfeanspruch für Wahlleistungen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
<b>5c) Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Familienangehöriger zum Krankenversicherungsbeitrag</b>									
	einen Zuschuss des Rentenversicherungsträgers (§ 106 SGB VI)?			den Arbeitgeber-Zuschuss (§ 257 SGB V)?		Falls ja, Höhe des monatlichen Zuschusses im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen			
Antragsteller	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	EUR			
Ehegatte/Lebens- partner	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	EUR			
<b>6) Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung</b> aufgrund von Rechtsvorschriften (z. B. gesetzliche Kranken- oder Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, private Zusatzversicherungen) oder aufgrund von dienst- oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen? <input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)									<input type="checkbox"/> nein
<b>7) Besteht bei Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen eine dauernde Pflegebedürftigkeit?</b>									
bei <b>erstmaliger Antragstellung</b>  oder bei <b>Änderungen</b>	Pflegebedürftige Person:			Pflegegrad laut Pflegeversicherung:		Notwendige Dauer der Pflege: Stunden verteilt auf Tage pro Woche			
	Die Pflege soll erfolgen durch:								
	<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Tages-/ Nachtpflegeheim		<input type="checkbox"/> stationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Kombination:			
<b>7a) Erhalten Sie oder Ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen häusliche Pflege durch Pflegepersonen?</b>									
bei <b>erstmaliger Antragstellung</b>  oder bei <b>Änderungen</b>	<b>Leistungszusage mit aktuellem Pflegegrad der Pflegeversicherung</b> <input type="checkbox"/> liegt bereits vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt								
	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en):			Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson):  Stunden verteilt auf _____ Tage pro Woche Stunden verteilt auf _____ Tage pro Woche					

	Unterbrechungen der Pflege wegen:	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/> Sanatoriums-/Kuraufenthalt	<input type="checkbox"/> Urlaub	<input type="checkbox"/> Urlaub der Pflegeperson	vom/bis
<input type="checkbox"/> eine <b>Pauschalbeihilfe</b> für <b>dauernde häusliche Pflege</b> durch <b>andere geeignete Personen</b> wird für die Zeit vom _____ bis _____ als Ersatzpflege beantragt. Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege, mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen, ist beizufügen.						
<b>8</b>	Wurden geltend gemachte Aufwendungen durch einen Unfall (jegliche Art von Verletzungen) verursacht? <input type="checkbox"/> ja, Unfalldatum: _____ (bitte ausführliche Unfallschilderung vorlegen und Aufwendungen kennzeichnen) <b>Unfallart:</b> <input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall Kommt ein <b>Fremdverschulden</b> in Betracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					<input type="checkbox"/> nein
<b>9</b>	War ein naher Angehöriger (Ehegatte, Lebenspartner, Kinder, Eltern der behandelten Person) bei Behandlungen tätig? <input type="checkbox"/> ja, Name des Behandlers: _____ (Bitte Belege kennzeichnen.)					<input type="checkbox"/> nein
<b>10</b>	Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt</b> worden sind? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis vorlegen und die Aufwendungen kennzeichnen.)					<input type="checkbox"/> nein
<b>11</b>	Werden Aufwendungen für einen <b>stationären Krankenhausaufenthalt</b> geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja Ist mit den behandelnden Ärzten eine <b>Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen</b> geschlossen worden? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beilegen!)					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
<b>12</b>	Ist ein Abschlag gewährt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	durch Leistungsmittelteilung vom	in Höhe von			EUR
<b>13</b>	Bankverbindung IBAN: _____ BIC: _____ bei (Bank, Sparkasse, Postgiroamt): _____  Kontoinhaber: _____					

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfeberechnung sind und dass ich nachträgliche Preisnachlässe eingereicherter Belege sofort dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G. anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.  
Die Daten werden nur für Zwecke der Beihilfeberechnung erhoben.

**Ich willige ein**, dass der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. die von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung meines Antrags erforderlich ist.

Wir weisen darauf hin, dass wir keine Gesundheitsdaten ohne Ihr Einverständnis erheben oder weitergeben. Sofern es im Rahmen der Bearbeitung Ihres Antrags erforderlich sein sollte, Gesundheitsdaten bei Dritten zu erheben oder diese an Dritte weiterzugeben, holen wir von Ihnen eine individuelle Schweigepflichtentbindungserklärung ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des Beihilfeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des/der volljährigen berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter(s) bei minderjährigen berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen

# Anlage zum Beihilfeantrag

Service-Nr.: \_\_\_\_\_

Name	Vorname	Amtsbezeichnung	vom
------	---------	-----------------	-----

## Zusammenstellung der Aufwendungen

Vom Antragsteller auszufüllen:							
Beleg Nr.	Rechnungsdatum	1)	2)	Rechnungs- betrag Euro	Leistungen von Versicherungen		Bemerkungen
		Art/ der Leistung	Empfänger		%	Euro	
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31	Abschlag						Bitte tragen Sie hier einen negativen Betrag ein (mit „Minus“).
<b>Summe</b>							

1) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

- |                      |                               |                             |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 100 = Arztkosten     | 160 = Sehhilfe                | 400 = Heilkur               |
| 110 = Fahrtkosten    | 170 = Sonstige Hilfsmittel    | 410 = Sanatoriumsbehandlung |
| 120 = Heilpraktiker  | 200 = Stationäre Arztrechnung | 600 = Ambulante Pflege      |
| 130 = Physiotherapie | 210 = Stationäre Unterkunft   | 620 = Kurzzeitpflege        |
| 140 = Psychotherapie | 300 = Zahnbehandlung          | 640 = Vollstationäre Pflege |
| 150 = Arzneimittel   | 320 = KFO Behandlung          |                             |

2) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 01 = Antragsteller | 03 = Kind 1      |
| 02 = Ehegatte      | 04 = Kind 2 usw. |