

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.

1	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"/>			
2	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		
3 Vorname des Ehegatten/Lebenspartners (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 bei: Zeitanteil:		Hat der Ehegatte/Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung ? <input type="checkbox"/> ja, bei: <input type="checkbox"/> nein				
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				
4	Welche Kinder 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 Familien- (ggf. Orts- bzw. Sozial-) Zuschlag berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ bei: _____ (falls ja, bitte Originalbelege für das Kind vorlegen)		<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

5a) Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?									
(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"/>	
5b) Besteht ein Beihilfeanspruch für Wahlleistungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
5c) Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Familienangehöriger zum Krankenversicherungsbeitrag									
	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			
6 Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung 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
7 Besteht bei Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen eine dauernde Pflegebedürftigkeit?									
bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen	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:	
7a) Erhalten Sie oder Ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen häusliche Pflege durch Pflegepersonen?									
bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen	Leistungszusage mit aktuellem Pflegegrad der Pflegeversicherung								
	<input type="checkbox"/> liegt bereits vor <input type="checkbox"/> ist beigelegt								
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			

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“).
Summe							

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. |