

## Debeka Krankenversicherungsverein a. G.

Debeka Leistungszentrum Koblenz 56078 Koblenz

Ant	rag							Ser	vice-N	lr.:	
	Auszahlung vo	n Versiche	rungsleis	stunger	า		Ausz	zahlung von	Beih	ilfeleist	ungen
	pei allen Fragen Zutreffe rungen der persönlicher						he Markier	ungen kennzeichn	nen.		
1	Beamter V	ersorgungsemp	fänger	,	Anwärter			Amtsbezeichnur	ng	Vergütun	gsgruppe
	Tarifbeschäftigter/ A	ngestellter	Witwer		aise						
2	Name, Vorname							Geburtsdatum	Diens	tstelle	
	Straße, Hausnumme	er, Postleitzahl,	Wohnort					Eintrittsdatum	Austri	ttsdatum	
	Telefon		E-	-Mail				-			
		Wollbest and Wollb									
	Familienstand:	ratet ve	 rwitwet	geschied	en get	rennt lebend	ein	getragene Lebens	spartners	se schaft	it:
	Erhalten Sie Versorgungsbezüge?							letzten 24 Monate		Itersteilzeit on b	: is
3	Vorname des Ehega		Gebu	rtsdatum							
	Ist der Ehegatte/Leb ☐ ja, als: ☐ Be bei:	enspartner erw eamter	erbstätig? ☐ Arbeitneh Zeitanteil:	nmer	☐ nein	Hat der Ehe Beihilfeber ☐ ja, bei:		nspartner eine <b>ei</b> ç ?	gene		☐ nein
	Ist der Ehegatte/Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt worden?         ☐ ja, vom       bis         Grund:       ☐ Elternzeit       ☐ sonstiger Urlaub (bitte Art benennen):									☐ nein	
	Wie hoch sind die jährlichen Einkünfte des Ehegatten/Lebenspartners (§ 2 Abs. 3 EStG)?										
	<ul><li>im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung:</li><li>im Kalenderjahr vor der Antragstellung:</li><li>EUR</li></ul>										
	voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr:										
4	Welche <b>Kinder</b> sind	Welche <b>Kinder</b> sind im Familien- (ggf. Orts- bzw. Sozial-) Zuschlag berücksichtigungsfähig?									
	Vorname (ggf. abwe	ichen- Gebui	ts-	Bei Kind	dern in Be	rufsausbild	ung/Studiເ	ım		1. 5	
	der Familienname)	datum		Art der A	usbildung		Beginn	voraussichtliche	s Ende	eigene B berechtig	
										□ ja	☐ nein
	3									□ ja	nein
	3									□ ja	│

V 5 B (24.03.2020) KL2007 P

	Service-Nr.:									
	Ist ein Kind bei einer anderen Person im <b>Familien- (ggf. Orts- bzw. Sozial-) Zuschlag</b> berücksichtigungsfähig?  □ ja, Kind:  (falls ja, bitte Originalbelege für das Kind vorlegen)									
	Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Berufsausbildung/ das Studium beendet, unter- oder abgebrochen?									
	☐ ja, Kind: seit:									
5a)	Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?									
	(bei Ehegatte/ Lebenspartner/ Kind Vornamen angeben)	(PKV) Umfang des Versicherungsschutzes (Bei erstmaliger Antragstellung bitte einen			Private Kranken- zusatzversicherung (z. B. Ergänzungs- tarife zur GKV)	iche nversiche	versicherung (GKV)			
	vomamen angeben)	ambulant	stationär	Zahnkosten		pflicht- vers.	freiwillig vers.	familien- vers. über		
	für Antragsteller (A)	%	%	%				□E		
	für Ehegatte/ Lebens- partner (E)	%	%	%				□ A		
	für Kind 1	%	%	%				□ A □ E		
	für Kind 2	Kind 2 % % %		%				□ A □ E		
	für Kind 3	%	%	%				□ A □ E		
5b)	Besteht ein Beihilfeanspruch für Wahlleistungen?  ☐ ja ☐ nein									
5c)	Erhalten Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Familienangehöriger zum Krankenversicherungsbeitrag									
					den Arbeitgeber-Zusc § 257 SGB V)?	huss	mon Zeitr	Falls ja, Höhe des monatlichen Zuschusses im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen		
	Antragsteller				□ nein □ ja □ nein □ ja			EUR EUR		
6	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe							☐ nein		
7	Besteht bei Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen eine dauernde Pflegebedürftigkeit?									
	bei erstmaliger Antragstellung  Pflegebedürftige Person:				Pflegegrad laut Pflegeversicherung:  Notwendige Dauer der Pflege Stunden verteilt auf Tage pro Woche					
	oder bei									
	Änderungen	☐ Pflege	edienst [	Pflegeperso			stationäre		nation:	
7a)	Erhalten Sie oder Ihre							egepersonen?		
	bei <b>erstmaliger</b>		ereits vor	mit aktuellem	Pflegegrad der Pfle	geversic	herung			
	Antragstellung oder bei	Name, Vorname, Geburtsdatum, Dauer der Pflege Anschrift der Pflegeperson(en): (ggf. je Pflegeperson):								
	Änderungen	Stunden verteilt auf Tage pro Woche								

Seite 2 von 4 V 5 B (24.03.2020) KL2008 P

Stunden verteilt auf

Stunden verteilt auf

Tage pro Woche

Tage pro Woche

						Service-Nr.:		
	Unterbrechungen der Pflege wegen:	☐ Krankenhausauf	enthalt	Sanatoriums-/ Kuraufenthalt	Urlaub	Urlaub der Pflegeperson	vom/bis	
☐ eine Pauschalbeihilfe für dauernde häusliche Pflege durch andere geeignete Personen wird für die Zeit vom bis als Ersatzpflege beantragt.  Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege, mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen, ist beizufügen.								
8	Wurden geltend gemad ☐ ja, Unfalldatum:	chte Aufwendungen o (bitte au nstunfall	durch eir sführliche eitsunfall	nen Unfall (jegliche Art v unfallschilderung vorlege	on Verletzung	en) verursacht? ungen kennzeichnen	,	] nein
9	War ein naher Angehöriger (Ehegatte, Lebenspartner, Kinder, Eltern der behandelten Person) bei Behandlungen tätig?							] nein
10	☐ ja, Name des Behandlers: (Bitte Belege kennzeichnen.)  Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind?  ☐ ja (Bitte Nachweis vorlegen und die Aufwendungen kennzeichnen.)							] nein
11							] nein	
12	nein	t ein Abschlag gewährt worden? durch Leistungsmitteilung vom in Höhe von				I		
13	Bankverbindung  IBAN: BIC: bei (Bank, Sparkasse, Postgiroamt):  Kontoinhaber:							
Grundla Debeka Für die Die Da	age für die Beihilfeberec a Krankenversicherungs geltend gemachten Auf ten werden nur für Zwec	chnung sind und dass everein a.G. anzuzeig fwendungen wurde bi cke der Beihilfeberect	s ich nac gen habe isher kei hnung ei	ne Beihilfe beantragt. rhoben.	se eingereicht	er Belege sofort de	em	nert
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, Dat	um	Unterso	hrift des/c	der volljährigen berücksicht	igungsfähigen F	- Familienangehörigen		
Ort, Dat	um			der gesetzlichen Vertreter(s sfähigen Familienangehöri		rigen		

Anlage zum Beihilfeantrag
---------------------------

Anlage zum Beihilfeantrag		Service	ee-Nr.:
Name	Vorname	Amtsbezeichnung	vom

## Zusammenstellung der Aufwendungen

Beleg Nr.	agsteller auszufüllen:  Rechnungsdatum   1) 2) Art/ Emp		2) Empfänger	) impfänger Rechnungs- betrag _eistung Euro		stungen von sicherungen Euro	Bemerkungen
01		(	der Leistung	Euro	% Euro		
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						

1)	Bitte folgende	Ahkiirzungen	verwenden.
1)	Ditte loigende	Abkurzungen	verwenden.

100 = Arztkosten 160 = Sehhilfe 400 = Heilkur

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

2) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

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