

ANTRAG AUF PAUSCHALE BEIHILFE

Beihilfe-Nummer

Niedersächsische Versorgungskasse
Abteilung Beihilfen
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer (*freiwillige Angabe*)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Hinweis:

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

1. Ich beantrage unwiderruflich* die Gewährung einer pauschalen Beihilfe gemäß § 80 a NBG und verzichte auf aufwendungsbezogene und ergänzende Beihilfe nach § 80 NBG für mich und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

**Ausnahme: Beamte auf Widerruf können sich bei Statuswechsel zum Beamten auf Probe erneut für oder gegen die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe entscheiden.*

2. Bankverbindung des Empfängers (nur ausfüllen, wenn bei der NVK bisher nicht bekannt)

IBAN	BIC
Geldinstitut	Kontoinhaber: Name, Vorname

3. Beihilfeberechtigter Antragsteller

Beihilfeberechtigt gemäß § 80 Abs. 1 NBG (z. B. Beamte, Versorgungsempfänger)

Derzeitiger bzw. letzter Dienstherr/Arbeitgeber

Beschäftigungszeitraum (*nicht auszufüllen von Versorgungsempfängern*)

von _____ bis _____

Beurlaubt ohne Bezüge

Elternzeit/Pflegezeit

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Wie sind Sie versichert?

freiwillig gesetzlich krankenversichert 100 v. H. privat krankenversichert

Höhe des monatlichen Krankenversicherungsbeitrags _____ €

Nachweis ist beigefügt Nachweis wird nachgereicht

Wird bereits ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt (z. B. vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger)?

ja (Nachweis ist beigefügt) Nein

Die nachfolgenden Fragen sind vom Beihilfeberechtigten nur auszufüllen, wenn dieser in einer **privaten Krankheitskosten-vollversicherung** versichert ist und der Höchstbetrag der pauschalen Beihilfe mit der Berücksichtigung seiner eigenen Beiträge zur Krankheitskostenvollversicherung noch nicht erreicht ist. In diesem Fall wäre eine Aufstockung mit den Beiträgen des privat voll versicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis maximal zum Höchstbetrag der pauschalen Beihilfe möglich. Der Höchstbetrag beträgt maximal die Hälfte des Beitrags im Basisarbit nach § 152 Absatz 3 Versicherungsaufsichtsgesetz.

4. Berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatte und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder)

4.1 Sind Angehörige auch bei anderen Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig (z. B. Kind bei einem anderen Elternteil)?

Nein

Ja

Name(n), Vorname(n) des/der Angehörigen	berücksichtigungsfähig bei: Name(n), Vorname(n)
---	---

4.2 Außer dem diesem Antrag zugrunde liegenden Beihilfeanspruch besteht für bestimmte Personen ein zusätzlicher/anderer Beihilfeanspruch:

ja, für folgende Person(en)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigter | <input type="checkbox"/> als Versorgungsempfänger/Hinterbliebener |
| <input type="checkbox"/> Ehegatte | <input type="checkbox"/> als Beamter |
| <input type="checkbox"/> Kind(er): | <input type="checkbox"/> als Beschäftigter/Arbeitnehmer |

Name(n), Vorname(n)	Zuständige Beihilfestelle(n)
---------------------	------------------------------

4.3 Krankenversicherungsschutz der berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatte und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder)

Bitte für berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatten und Kinder) ausfüllen. Beim Erstantrag, bei Änderungen oder Wechsel des Versicherungsunternehmens bitte entsprechende Krankenversicherungsnachweise beifügen.

	Privat kranken- versichert	Höhe des monat- lichen Kranken- versicherungs- beitrags	Versicherungsschutz ab/ggf. bis Monat/Jahr	Wird bereits ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt (z.B. vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträ- ger)? Ggf. Nachweis beifügen
--	----------------------------------	--	---	--

Ehegatte: Name, Vorname _____ ja _____ € ___/___ bis ___/___ ja, in Höhe von _____ €

Geburtsdatum _____

verheiratet seit _____

- Kind(er): Name, Geburtsdatum
- | | | | |
|----------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> ja | _____ € ___/___ bis ___/___ | <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ € |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> ja | _____ € ___/___ bis ___/___ | <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ € |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> ja | _____ € ___/___ bis ___/___ | <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ € |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> ja | _____ € ___/___ bis ___/___ | <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ € |

Das Kindergeld für das/die Kind(er) Nr(n).

wird ausgezahlt an den Beihilfeberechtigten oder an

Name, Vorname	seit
---------------	------

5. Hinweise zur pauschalen Beihilfe

5.1 Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist **unwiderruflich**. Dies bedeutet, dass Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zukünftig auf die aufwendungsbezogene und ergänzende Beihilfe in Geburts- und Krankheitsfällen verzichten. Lediglich zu Leistungen im Pflegefall wird Beihilfe weiter gewährt. Demzufolge können Rechnungsbelege anlässlich von Geburts- oder Krankheitsfällen oder Vorsorgemaßnahmen nicht mehr bei der Beihilfe geltend gemacht werden, beispielsweise für Früherkennungsuntersuchungen, Heilbehandlungen (wie Krankengymnastik etc.), Hilfsmittel (Brillen, Hörgeräte etc.), Medikamente, Leistungen von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Krankenhausbehandlungen u. v. m. Bei Geburts- und Krankheitsfällen sowie Gesundheitsvorsorge besteht ausschließlich ein Leistungsanspruch gegenüber der privaten bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung, die Kostenübernahme richtet sich nach deren Bedingungen.

5.2 Anspruch auf pauschale Beihilfe besteht ab 01.02.2024 nur auf Antrag des Beihilfeberechtigten. Die Beihilfeberechtigten müssen gegenüber der Niedersächsischen Versorgungskasse innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr schriftlich erklären, ob sie die pauschale Beihilfe anstatt der aufwendungsbezogenen und ergänzenden Beihilfe in Anspruch nehmen wollen.

5.3 Bitte fügen Sie diesem Antrag den Nachweis einer abgeschlossenen Krankheitskostenvollversicherung, in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung oder in der privaten Krankenversicherung für sich selbst und ggf. Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, bei. Kann der Nachweis bei Antragstellung nicht erbracht werden, so ist er spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung nachzureichen. Wird der Nachweis innerhalb dieser Frist nicht erbracht, so ist der Antrag abzulehnen. Folgende Nachweise sind diesem Antrag beigelegt:

- Nachweis über Art, Umfang und Höhe meiner Krankheitskostenvollversicherung.
- Zu meiner privaten Krankheitskostenvollversicherung füge ich einen Nachweis meines Krankenversicherungsunternehmens bei, wonach das Versicherungsunternehmen die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a Satz 2 SGB V erfüllt.
- Nachweis über Art, Umfang und Höhe der Krankheitskostenvollversicherung meines Ehegatten.
- Nachweis über Art, Umfang und Höhe der Krankheitskostenvollversicherung meiner berücksichtigungsfähigen Kinder.
- Nachweis über die Einkünfte des Ehegatten im zweiten Kalenderjahr vor Antragstellung (Einkommenssteuerbescheid).
- Nachweis über einen Beitrag oder Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag.

6. Erklärung des Beihilfeberechtigten

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, die zu Veränderungen des Anspruchs auf pauschale Beihilfe führen können, unverzüglich mitzuteilen. Weiterhin habe ich Beitragsänderungen und Beitragsrückerstattungen sofort anzuzeigen. Eventuell zu viel gewährte Leistungen werden mit zukünftigen Zahlungen der pauschalen Beihilfe verrechnet. Für die Entrichtung der Krankenversicherungsbeiträge bin ich allein verantwortlich. Einen Wechsel des Dienstherrn/Arbeitgebers werde ich unverzüglich mitteilen.

Das Merkblatt zur pauschalen Beihilfe, habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden (falls es Ihnen nicht vorliegt, finden Sie das Merkblatt auch auf unserer Homepage www.nvk.de). **Der Antrag ist eigenhändig zu unterschreiben und auf dem Postwege einzureichen.**

Datum

Unterschrift

--	--

Unterschreibt eine andere Person als der Beihilfeberechtigte, müssen Sie einmalig eine Vollmacht vorlegen.