NIEDERSÄCHSISCHE VERSORGUNGSKASSE

NVK
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KURZANTRAG AUF ZAHLUNG EINER BEIHILFE

Beihilfe-Nummer

Niedersächsische Versorgungskasse
Abteilung Beihilfen
Postfach 81 04 04
30504 Hannover

Antragsteller/in Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillige Angabe)

E-Mailadresse dienstlich/privat (freiwillige Angabe)

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.

Bitte beachten: Sofern Sie Pflegeaufwendungen nach § 32 ff. NBhVO geltend machen wollen, bitte den Antrag auf Zahlung einer Pflegebeihilfe verwenden.

Bei **Änderungen** insbesondere der nachstehenden Sachverhalte
- Ausbildungs-, Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnis
- Beurlaubung, Arbeitszeit, Versetzung und Abordnung
- Familienstand, Familienzuschlag, Kindergeld
- Bankverbindung, Anschrift
- Beitragszuschuss zur Krankenversicherung
- Einkünfte des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners sowie bei
- Unfällen oder Verletzungen

verwenden Sie bitte das ausführliche Antragsformular **Antrag auf Zahlung einer Beihilfe**.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu Beihilfezwecken gespeichert werden.
Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt, auch nicht bei einer anderen Beihilfestelle oder von einer anderen Person.
Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Beihilfefestsetzungsstelle umgehend anzeigen.
Mit diesem Antrag werden keine Aufwendungen für Behandlungen – mit Ausnahme der Sachkosten – durch nahe Angehörige (Ehegatten/innen oder eingetragene Lebenspartner/innen, Eltern oder Kinder der behandelten Person) oder deren Angestellte geltend gemacht.
Mir ist bekannt, dass ich im Falle bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben sowie Verfälschung von Belegen strafrechtlich und disziplinarrechtlich verfolgt werden kann.

☐ Ja Ich bin damit einverstanden, dass die Niedersächsische Versorgungskasse – Beihilfeabteilung – bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt bzw. Gutachter hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann. Für Rückfragen bei den Behandlern, zuständigen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Kranken- / Pflegeversicherungen entbinde ich diese von der Schweigepflicht.

Hinweise zum Datenschutz:
Zur Erfüllung der der NVK übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten entnehmen Sie bitte der folgenden Internetseite unter http://www.nvk.de/datenschutz/datenschutzhinweise/. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.

Datum, Unterschrift	**Gesamtbetrag der Aufwendungen**	**Anzahl der Belege**
	(freiwillige Angabe)	*(freiwillige Angabe)*