Antrag auf Beihilfe

DKV
Der Gesundheitsversicherer der ERGO

Nur ausfüllen, wenn Belege weitergeleitet werden sollen:

DKV Deutsche Krankenversicherung AG · Beihilfe BVS-LGP 8 · Postfach 110311 · 50403 Köln

Bitte genauen Namen der Gesellschaft

Straße

PLZ und Ort der Geschäftsstelle

Mitglieds- bzw. Versicherungsnummer

Versicherungs-Nr.

LGP 8K

Konto für Leistungszahlungen/Beihilfe (nur ausfüllen, wenn uns noch nicht bekannt)
Konto-Nr. **Bankleitzahl**

Name und Anschrift des Geldinstituts/der Filiale

☐ Bitte überweisen Sie alle künftigen Leistungen/Beihilfe auf das angegebene Konto

Meine Anschrift: _____

Tagsüber telefonisch erreichbar unter: _____

☐ Die Belege sollen an mich zurückgeschickt werden.
☐ Die Originalbelege sollen nach der Bearbeitung an den Versicherungsträger (private oder gesetzliche Krankenversicherung) weitergeleitet-werden. Falls ja, reichen Sie bitte Originale ein. **Bitte Anschriftenkopf ausfüllen!**
☐ **Ich bitte um Zusendung neuer Beihilfeanträge.**

Zusammenstellung der Aufwendungen

Bei gesetzlicher Krankenversicherung:
Wenn Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, bitte unbedingt Bestätigung vorlegen, ob und ggf. in welcher Höhe eine Leistung gewährt wurde**. Belege bitte nach Personen sortieren und eintragen (A = Antragsteller, E = Ehegatte, Name = Kinder)**

Person:	Person:	Person:	Person:	Person:	Person:	Person:
Betrag	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag

Gesamtsumme der Aufwendungen: 0,00

Wurden geltend gemachte Aufwendungen durch einen Unfall verursacht?
Diese Angaben sind grundsätzlich bei jeder Art von Verletzungen auszufüllen, nicht nur bei Verkehrsunfällen. ☐ Nein ☐ Ja

Liegt ein Dienstunfall vor? ☐ Nein ☐ Ja **Liegt Fremdverschulden vor?** ☐ Nein ☐ Ja

▶ Bitte Unfallschilderung vorlegen und die entsprechenden Aufwendungen stets kennzeichnen! ◀

Ist ein naher Angehöriger (Ehegatte, Kinder, Eltern der behandelten Person) bei einer Heilbehandlung tätig geworden?

☐ Nein ☐ Ja, Name des Angehörigen: _____

Persönliche Angaben/Änderungen

☐ keine Änderungen seit letztem Antrag

1. Beihilfeberechtigter

☐ vollzeitbeschäftigt

☐ teilzeitbeschäftigt _____ (Wo.-Std.)

Familienstand:

☐ ledig

☐ verheiratet seit _____

☐ verwitwet seit _____

☐ geschieden seit _____

☐ getrennt lebend

Beschäftigung

als

☐ Angestellter

☐ beurlaubter Beamter

☐ Vers.-Empfänger

☐ Rentner

Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner:

Ich beziehe seit _____

☐ Ruhegeld

☐ Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen

☐ Witwengeld/Witwergeld

☐ Vollwaisengeld

☐ Rente

Private Kranken-versicherung	☐ ja ☐ nein ☐ Zusatztarif _____	**Gesetzliche-Kranken-versicherung**	☐ pflicht-versichert	☐ freiwillig versichert	Werden ambulante Behandlungen mit der Versichertenkarte (Sachleistungen) in Anspruch genommen? ☐ nein ☐ ja	☐ familien-versichert

Wird ein Zuschuss z. Krankenversicherungsbeitr. gewährt? ☐ nein ☐ ja

Person	1	2	3	4	5
Höhe des Zuschusses (mtl.)					

2. Ehegatte

Hat Ihr Ehegatte eigene Einkünfte? ☐ ja ☐ Nein

Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EstG) den Betrag von 17.000,00 €?

im Vorvorkalenderjahr ☐ ja ☐ Nein

im laufenden Kalenderjahr ☐ ja ☐ Nein

Hat Ihr Ehegatte einen eigenen Beihilfeanspruch? ☐ ja ☐ Nein

☐ Als Angestellter/Arbeiter ☐ Beamter

Private Kranken-versicherung	☐ ja ☐ nein ☐ Zusatztarif _____			
Gesetzliche-Kranken-versicherung	☐ pflicht-versichert	☐ freiwillig versichert	Werden ambulante Behandlungen mit der Versichertenkarte (Sachleistungen) in Anspruch genommen? ☐ nein ☐ ja	☐ familien-versichert

3. Kinder

Haben sich Änderungen ergeben? _____

(bitte Nachweis beifügen) (Geburt, Tod, Beginn/Ende der Berufsausbildung bzw. des Grundwehr- oder Zivildienstes, eigene Berufstätigkeit u. ä., Person, Datum)

Welche Kinder sind im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig? Bitte geben Sie auch Unterbrechungszeiten der Ausbildung an!

Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtliches Ende	eigener Beihilfeanspruch
					☐ nein ☐ ja
					☐ nein ☐ ja
					☐ nein ☐ ja

Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger

▶ eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt oder wird eine solche gewährt? ☐ nein ☐ ja, Person? _____ ☐ Wann bzw. seit wann? _____

▶ Ist der Antrag abgelehnt worden? ☐ nein ☐ ja ☐ noch nicht entschieden

▶ einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- bzw. arbeitsvertraglicher Regelungen)? ☐ nein ☐ ja, bitte Nachweis oder Bescheid beifügen

Erklärung zur Beihilfe

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe und dass ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meinen Ehegatten zurückzuzahlen, falls die Angaben über die Höhe seiner Einkünfte unzutreffend sind oder durch nachträgliche Erhöhung der Einkünfte (nach Festsetzung des Finanzamtes) unzutreffend werden. Mit einem Austausch von abrechnungsrelevanten Daten zwischen der DKV AG und der Kranken-/Pflegeversicherung im Interesse einer schnellstmöglichen und korrekten Festsetzung der Beihilfe bin ich einverstanden.

Schweigepflichtentbindung

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Befundberichte, Atteste, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. Fragen zur Diagnose oder zum Behandlungsverlauf).

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Erklärungen für berücksichtigungsfähige Angehörige

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine berücksichtigungsfähigen Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen berücksichtigungsfähigen Angehörigen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

☐ Mit meiner Unterschrift gebe ich die oben abgedruckte Erklärung zur Schweigepflichtentbindung ab. Dies gilt auch für mich (uns) als berücksichtigungsfähige(n) Angehörige(n).

☐ Die oben abgedruckte Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde.
Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

_____

Ort, Datum, Unterschrift des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, ggf. gesetzliche/r Vertreter

50059306 A89/8 (7.10)