


Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen 

Bitte heften oder klammern Sie die Rechnungsbelege nicht oder kleben diese auch nicht auf, da wir die Belege einzeln scannen!

Beihilfeberechtigte/r und Geschäftszeichen		
Nachname, Vorname		Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Personalnummer (8-stellig - bitte unbedingt angeben)	Firmennummer (4-stellig) oder ▶	Vertragsnummer (2-stellig)

ZPD Hamburg

Fachbereich Beihilfe

Postfach 26 19 64

20509 Hamburg

Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen oder bei Krankenhausleistungen.

Wichtige Hinweise

- Eine Abschlagszahlung kann nur gewährt werden, wenn diese vor Beginn der Maßnahme von der Einrichtung gefordert wird. Bitte einen entsprechenden Nachweis beifügen.
- Bei Rehabilitationsmaßnahmen ist zudem auch eine Bescheinigung der Klinik über die Höhe des mit dem Sozialversicherungsträger vereinbarten niedrigsten Tagessatzes und über die geplante Dauer einzureichen.

1. Erkrankte Person

Beihilfeberechtigte/r

Ehegatte/Lebenspartner

Kind

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

2. Rehabilitationseinrichtung / Krankenhaus

Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung / des Krankenhauses:

Voraussichtliche Behandlungsdauer:

3. Höhe der Abschlagszahlung

Höhe der gewünschten Abschlagszahlung

Höhe der voraussichtlichen Aufwendungen:

4. Überweisung der Abschlagszahlung

Auf das Konto, auf das meine Bezüge/Versorgungsbezüge überwiesen werden.

Auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/in

IBAN

BIC des Kreditinstituts

5. Erklärung der/des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten

Mir ist bekannt, dass der ggf. überzahlte Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit dieser nicht mit der für diese Maßnahme zu erwartende Beihilfe verrechnet werden kann.

Datum

Unterschrift

Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen:

Vollmacht liegt vor

Vollmacht ist beigelegt