

Beihilfeberechtigter Antragsteller

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Personalnummer (8-stellig) Firmennummer (4-stellig) oder Vertragsnummer (2-stellig)

Adresse Personalstelle

**Antrag auf
Pauschale Beihilfe**

Ich beantrage die Gewährung einer Pauschalen Beihilfe gem. § 80 Abs. 11 Hamburgisches Beamtengesetz (HmbBG) und verzichte auf ergänzende Beihilfe nach § 80 HmbBG und der Hamburgischen Beihilfeverordnung

ab:

(bei keiner Angabe: ab Beginn des Antragsmonats)

Angaben zum Krankenversicherungsverhältnis:**Beihilfeberechtigter Antragsteller**

- Beihilfeberechtigt gem. § 80 Abs. 2 HmbBG (z. B. Beamte, Richter, Versorgungsempfänger)
- Beihilfeberechtigung bei Beurlaubung ohne Bezüge wegen Elternzeit oder Pflegezeit
- Beihilfeberechtigung bei Nichtzahlung von Bezügen wegen Ruhens- oder Anrechnungsregelungen

Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung:

Wie sind Sie versichert?

Höhe des Krankenversicherungsbeitrags
(bei priv. Versicherung Höhe des Beitrags für SGB V
entsprechenden Leistungsumfang)

Euro*

Erhalten Sie einen Beitrag oder Zuschuss zu den
Krankenversicherungsbeiträgen? Ja Nein**- Berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatte/Lebenspartner)**

Nachname, Vorname

Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung:

Wie ist Ihr Ehegatte/Lebenspartner versichert?

Höhe des Krankenversicherungsbeitrags
(bei priv. Versicherung Höhe des Beitrags für SGB V
entsprechenden Leistungsumfang)

Euro*

* Bitte fügen Sie diesem Antrag aktuelle Unterlagen bei, aus denen sich die von Ihnen und Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu entrichtenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bzw. über die von Ihnen und Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu entrichtenden Beiträge zur privaten Krankenvollversicherung für Leistungen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach SGB V vergleichbar sind, ergeben. Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatten oder Lebenspartner) fügen Sie bitte auch einen Nachweis über deren Einkünfte im vergangenen Jahr bei (z. B. Einkommensteuererklärung).

Weitere Ansprüche:

Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Anspruch auf Heilfürsorge oder eine anderweitige Beihilfeberechtigung (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen, aufgrund eines beamtenrechtlichen oder sonstigen Versorgungsanspruchs, eines Abgeordnetenmandats oder aus sonstigen Gründen)? Ja Nein

Name:

Rechtverhältnis:

gegenüber wem:

Von-

bis:

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 Beitragserstattungen sofort anzuzeigen und zu viel gezahlte Beihilfe zurückzuzahlen (vertragliche Leistungen zur Kostenerstattung von privaten Krankenkassen sind hiervon ausgenommen). Für die Entrichtung der Krankenversicherungsbeiträge ist der Versicherungsnehmer allein verantwortlich.

Die Entscheidung für die Pauschale Beihilfe ist **unwiderruflich**. Dies bedeutet, dass ich zukünftig keinen Anspruch auf eine ergänzende Beihilfe zu einzelnen krankheitsbedingten Aufwendungen, in Fällen des nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs und der nicht rechtswidrigen Sterilisation, bei Maßnahmen der Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen nach § 80 Hamburgisches Beamtengesetz und der Hamburgischen Beihilfeverordnung habe. Die Erstattung entsprechender Aufwendungen richtet sich allein nach den Bedingungen meiner Krankenvollversicherung. Bei einem Wechsel aus der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung in ein Versicherungsverhältnis der privaten Krankenversicherung oder umgekehrt oder bei Änderung des Krankenversicherungsumfangs wird die Pauschale Beihilfe höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt.

Das **Merkblatt „Pauschale Beihilfe“** habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Das **Merkblatt „Informationen zum Datenschutz nach der DSGVO - Pauschale Beihilfe“** habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift

Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen:

Vollmacht liegt vor

Vollmacht ist beigelegt

Bitte denken Sie daran, das ausgefüllte und unterschriebene Formular per Post an die Personalstelle zu schicken.

[Formular drucken](#)

[Ihre Eingaben löschen](#)

- Berücksichtigungsfähige Angehörige (Kinder)

Im Familienzuschlag gem. HmbBesG beim Antragsteller berücksichtigungsfähige Kinder:

Vorname und ggf. abweichender Nachname	ab	(ggf. bis)	Geburtsdatum	KV-Betrag (s.o.):

Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung: Wie ist Ihr Kind versichert? Wird ein Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? Ja Nein**- Berücksichtigungsfähige Angehörige (Kinder)**

Im Familienzuschlag gem. HmbBesG beim Antragsteller berücksichtigungsfähige Kinder:

Vorname und ggf. abweichender Nachname	ab	(ggf. bis)	Geburtsdatum	KV-Betrag (s.o.):

Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung: Wie ist Ihr Kind versichert? Wird ein Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? Ja Nein**- Berücksichtigungsfähige Angehörige (Kinder)**

Im Familienzuschlag gem. HmbBesG beim Antragsteller berücksichtigungsfähige Kinder:

Vorname und ggf. abweichender Nachname	ab	(ggf. bis)	Geburtsdatum	KV-Betrag (s.o.):

Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung: Wie ist Ihr Kind versichert? Wird ein Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? Ja Nein**- Berücksichtigungsfähige Angehörige (Kinder)**

Im Familienzuschlag gem. HmbBesG beim Antragsteller berücksichtigungsfähige Kinder:

Vorname und ggf. abweichender Nachname	ab	(ggf. bis)	Geburtsdatum	KV-Betrag (s.o.):

Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung: Wie ist Ihr Kind versichert? Wird ein Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? Ja Nein