

|   |              |   |
|---|--------------|---|
| Name, Vorname   | Dienststelle | Beihilfenummer<br>(siehe letzter Bescheid)<br><b>BB</b> |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ und Ort)   |              | Geburtsdatum  |
| <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in <input type="checkbox"/> Anwärter/in <input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte/r |              |   |

 Bitte Antragsformular zusenden

**Stadt Würzburg**

FB Personal / Beihilfestelle

81534 München

- Bei **erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Beihilfestelle**: Bitte **alle** Fragen beantworten.
- Bei **Folgeanträgen**: Bitte **Fragen 1 - 4** beantworten.
- **Zu Beginn eines neuen Kalenderjahres** bitte **Fragen 7 und 12** beantworten.

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen.

Für weitere Angaben ggf. bitte ein Beiblatt verwenden.

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>1</b>  | Sind Aufwendungen durch eine <b>Verletzung</b> oder einen <b>Unfall</b> entstanden?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|   | Erläuterung: jegliche Art von Verletzungen – Diagnose z.B. „Fraktur“, „Ruptur“, „Kontusion“, „Distorsion“ etc.; auch Sachbeschädigungen an Hilfsmitteln   |   |
|   | <input type="checkbox"/> ja    Unfalldatum: _____ <b>Aufwendungen bitte kennzeichnen!</b>   |   |
|   | Unfallart: <input type="checkbox"/> Dienst-/Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Kindergarten-/Schulunfall <input type="checkbox"/> Sportunfall<br><input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall |   |
|   | <b>Unfallschilderung:</b> Bitte unter Punkt <b>Anmerkungen</b> (Seite 3)  |   |
|   | Kommt ein Fremdverschulden in Betracht?   |   |
| <input type="checkbox"/> ja, Name und Anschrift des Ersatzpflichtigen:<br><input type="checkbox"/> nein     |   |   |
| Besteht Ersatzpflicht eines Dritten (auch z.B. Unfallversicherung des Vereins oder ehrenamtlichen Trägers)? |   |   |
| <input type="checkbox"/> ja, Name der Versicherung und Aktenzeichen:<br><input type="checkbox"/> nein       |   |   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>2</b>  | Sind Aufwendungen im <b>Ausland</b> entstanden?                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|   | <input type="checkbox"/> ja ( <b>Aufwendungen bitte kennzeichnen</b> ) |   |
|   | Besteht eine Auslandskrankenversicherung?                              |   |
| <input type="checkbox"/> ja, Unternehmen: _____    Vertragsnummer: _____<br><input type="checkbox"/> nein    Bitte Leistungsmitteilung der Versicherung beifügen. |  |   |

|          |  |   |
|----------|--|---|
| <b>3</b> | Bei Aufwendungen für <b>stationäre Aufenthalte</b> (z.B. Krankenhaus):<br>Wurde eine Vereinbarung über <b>wahlärztliche Leistungen</b> (Chefarztbehandlung) geschlossen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|          | <input type="checkbox"/> ja    (Bitte Kopie der <b>Wahlleistungsvereinbarung</b> beilegen!)  |   |

|          |  |   |
|----------|--|---|
| <b>4</b> | <b>Haben sich Änderungen bei den Fragen 6 – 14 (siehe Folgeseiten) gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?</b> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|          | <input type="checkbox"/> ja, bei Fragen: _____    (bitte Fragen beantworten)                                   |   |

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt bzw. Gutachter hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann. Für Rückfragen bei den Behandlern entbinde ich diese von der Schweigepflicht. | <input type="checkbox"/> ja   |
|   | <input type="checkbox"/> nein |

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Preisnachlässe zu den Aufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind und berichtigte oder stornierte Rechnungen mit einem entsprechenden Hinweis sowie der ursprünglichen Rechnung vorzulegen sind.

|   |  |
|---|--|
| Bescheid versenden an: <i>Name, Anschrift</i> | - falls abweichend von o. g. Anschrift -<br>(z.B. bei Bevollmächtigten, Mutterschutz, Elternzeit, Freistellungsphase der Altersteilzeit) |
|---|--|

|                          |
|--------------------------|
| <b>Telefon tagsüber:</b> |
| <b>E-Mail-Adresse:</b>   |

 Datum, **Unterschrift**
 Beihilfeberechtigte/r

 Bevollmächtigte/r

(Nachweis liegt bei/bereits vor.)



| 10 Welcher <b>Krankenversicherungsschutz</b> besteht für Sie und Ihre Angehörigen?    |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|
| <b>Nachweise</b> bitte bei erster Antragstellung und bei Änderungen <b>vorlegen</b> . |                          |                          |                          |                          |                          |     |                          |
| Person  | privat                   | gesetzlich               |                          |                          | Zusatzversicherung       |     |                          |
|   |                          | pfl-                     | frei-                    | familien-                | ja                       | Art | nein                     |
|   |                          | versichert               |                          |                          |                          |     |                          |
| Antragstellerin/<br>Antragsteller   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     | <input type="checkbox"/> |
| Ehegattin/Ehegatte<br>Lebenspartnerin/<br>Lebenspartner                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     | <input type="checkbox"/> |
| Kind a)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     | <input type="checkbox"/> |
| Kind b)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     | <input type="checkbox"/> |
| Kind c)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     | <input type="checkbox"/> |
| Kind d)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     | <input type="checkbox"/> |

| 11 <b>Bankverbindung</b>   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Die Beihilfe wird grundsätzlich auf das <b>Bezügekonto</b> überwiesen. Es erfolgt kein automatisierter Datenabgleich mit der Bezügeabrechnung, daher sind wir auf Ihre Angaben angewiesen.   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IBAN   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geldinstitut   | Kontoinhaber (falls abweichend) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 12 <b>Datenerhebung zur Ermittlung der Belastungsgrenze</b> nach Art. 96 Abs. 3 Satz 7 BayBG  |                               |
|---|-------------------------------|
| Bezieht <b>die Antragstellerin/der Antragsteller</b> eine <b>Rente</b> aus der gesetzlichen Rentenversicherung, aus einer zusätzlichen Alters - und Hinterbliebenenversorgung (z.B. ZVK-Rente) oder eine Betriebsrente?     |                               |
| ja <input type="checkbox"/> gesetzliche Rentenversicherung<br><input type="checkbox"/> Alters - und Hinterbliebenenversorgung (bitte Nachweis beilegen)<br><input type="checkbox"/> Betriebsrente (bitte Nachweis beilegen) | <input type="checkbox"/> nein |
| Bei verheirateten Beihilfeberechtigten: Werden Sie und Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte bzw. Ihre Lebenspartnerin/Ihr Lebenspartner bei der Einkommensteuer gemeinsam veranlagt?   |                               |
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |

| 13 Besteht für geltend gemachte Aufwendungen <b>zusätzlich</b> Anspruch auf <b>Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung</b> (z.B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.) |                               |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja, für Person(en) (bitte Nachweis vorlegen und Aufwendungen kennzeichnen!)  | <input type="checkbox"/> nein |

| 14 Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die <b>Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt</b> worden sind? (betrifft <u>nicht</u> tarifliche Ausschlüsse, sondern individuell in Ihrem Versicherungsvertrag vereinbarte Ausschlüsse) |                               |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis vorlegen und die Aufwendungen kennzeichnen!)  | <input type="checkbox"/> nein |

| Anmerkungen (z.B. Unfallschilderung): |
|---------------------------------------|
|                                       |

Informationen und Vordrucke finden Sie im Intranet und im Internet ([www.wuerzburg.de/beihilfe](http://www.wuerzburg.de/beihilfe)) oder Sie scannen den QR-Code mit Ihrem Mobilgerät:

