

# Antrag auf pauschale Beihilfe

Versorgungskasse Oldenburg  
- Beihilfestelle -  
Nadorster Str. 155  
26123 Oldenburg

### Beihilfeberechtigter

Beihilfenummer	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	Telefonnummer (Angabe freigestellt)
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

**Hinweis:**

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften. Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter [www.versorgungskasse-oldenburg.de](http://www.versorgungskasse-oldenburg.de).

1. Ich beantrage unwiderruflich\* die Gewährung einer pauschalen Beihilfe gemäß § 80 a NBG und verzichte auf aufwendungsbezogene und ergänzende Beihilfe nach § 80 NBG für mich und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

\*Ausnahme: Beamte auf Widerruf können sich bei Statuswechsel zum Beamten auf Probe erneut für oder gegen die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe entscheiden.

2. Bankverbindung des Empfängers

IBAN	BIC
Geldinstitut	Kontoinhaber: Name, Vorname

3. Beihilfeberechtigter Antragsteller

<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt gemäß § 80 Abs. 1 NBG (z. B. Beamte, Versorgungsempfänger) Derzeitiger bzw. letzter Dienstherr/Arbeitgeber
Beschäftigungszeitraum vom _____ bis _____ Elternzeit/Pflegezeit vom _____ bis _____ Beurlaubt ohne Bezüge vom _____ bis _____
Wie sind Sie versichert? <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich krankenversichert <input type="checkbox"/> 100 v. H. privat krankenversichert Höhe des monatlichen Krankenversicherungsbeitrags _____ € <input type="checkbox"/> Nachweis ist beigefügt <input type="checkbox"/> Nachweis wird nachgereicht Wird bereits ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt (z. B. vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger)? <input type="checkbox"/> ja (Nachweis ist beigefügt) <input type="checkbox"/> Nein

Die nachfolgenden Fragen sind vom Beihilfeberechtigten nur auszufüllen, wenn dieser in einer **privaten Krankheitskostenvollversicherung** versichert ist und der Höchstbetrag der pauschalen Beihilfe mit der Berücksichtigung seiner eigenen Beiträge zur Krankheitskostenvollversicherung noch nicht erreicht ist. In diesem Fall wäre eine Aufstockung mit den Beiträgen des privat voll versicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis maximal zum Höchstbetrag der pauschalen Beihilfe möglich. Der Höchstbetrag beträgt maximal die Hälfte des Beitrags im Basistarif nach § 152 Absatz 3 Versicherungsaufsichtsgesetz. Für das Jahr 2024 liegt dieser Höchstbetrag bei monatlich 421,76 €.

**4. Berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatte und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder)**

<b>4.1 Sind Angehörige auch bei anderen Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig (z. B. Kind bei einem anderen Elternteil)?</b>				
<input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> ja      Name(n), Vorname(n) des/der Angehörigen      berücksichtigungsfähig bei: Name(n), Vorname(n)				
_____				
<b>4.2 Außer dem diesem Antrag zugrunde liegenden Beihilfeanspruch besteht für bestimmte Personen ein zusätzlicher/anderer Beihilfeanspruch:</b>				
<input type="checkbox"/> ja, für folgende Person(en)				
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigter		<input type="checkbox"/> als Versorgungsempfänger/Hinterbliebener		
<input type="checkbox"/> Ehegatte		<input type="checkbox"/> als Beamter		
<input type="checkbox"/> Kind(er)		<input type="checkbox"/> als Beschäftigter/Arbeitnehmer		
Name(n), Vorname(n)		Zuständige Beihilfestelle(n)		
_____		_____		
<b>4.3 Krankenversicherungsschutz der berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatte und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder)</b>				
Bitte für berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatten und Kinder) ausfüllen. Beim Erstantrag, bei Änderungen oder Wechsel des Versicherungsunternehmens bitte entsprechende Krankennachweise beifügen.				
	Privat kranken- verschert	Höhe des monatlichen Kranken- versicherungsbeitrags	Versicherungsschutz ab/ ggf. bis Monat/Jahr	Wird bereits ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt (z.B. vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger)? Ggf. Nachweis beifügen.
Ehegatte: Name, Vorname				
_____	<input type="checkbox"/> ja	_____ €	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ €
Geburtsdatum				
_____				
verheiratet seit				
_____				
Kind(er): Name, Geburtsdatum				
1. _____	<input type="checkbox"/> ja	_____ €	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ €
2. _____	<input type="checkbox"/> ja	_____ €	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ €
3. _____	<input type="checkbox"/> ja	_____ €	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ €
4. _____	<input type="checkbox"/> ja	_____ €	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ €
Das Kindergeld für das/die Kind(er) Nr(n).				wird ausgezahlt an
			_____	
<input type="checkbox"/> den Beihilfeberechtigten oder an		Name, Vorname		seit
		_____		_____

**5. Hinweise zur pauschalen Beihilfe**

- 5.1 Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist unwiderruflich. Dies bedeutet, dass Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zukünftig auf die aufwendungsbezogene und ergänzende Beihilfe in Geburts- und Krankheitsfällen verzichten. Lediglich zu Leistungen im Pflegefall wird Beihilfe weiter gewährt. Demzufolge können Rechnungsbelege anlässlich von Geburts- oder Krankheitsfällen oder Vorsorgemaßnahmen nicht mehr bei der Beihilfe geltend gemacht werden, beispielsweise für Früherkennungsuntersuchungen, Heilbehandlungen (wie Krankengymnastik etc.), Hilfsmittel (Brillen, Hörgeräte etc.), Medikamente, Leistungen von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Krankenhausbehandlungen u. v. m. Bei Geburts- und Krankheitsfällen sowie Gesundheitsvorsorge besteht ausschließlich ein Leistungsanspruch gegenüber der privaten bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung, die Kostenübernahme richtet sich nach deren Bedingungen.
- 5.2 Anspruch auf pauschale Beihilfe besteht ab 01.02.2024 nur auf Antrag des Beihilfeberechtigten. Die Beihilfeberechtigten müssen gegenüber der Versorgungskasse Oldenburg innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr schriftlich erklären, ob sie die pauschale Beihilfe anstatt der aufwendungsbezogenen und ergänzenden Beihilfe in Anspruch nehmen wollen. Ausführliche Informationen zur Ausschlussfrist entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Pauschale Beihilfe“, das diesem Antrag beiliegt oder auf unserer Internetseite [www.versorgungskasse-oldenburg.de](http://www.versorgungskasse-oldenburg.de) zur Verfügung steht.
- 5.3 Bitte fügen Sie diesem Antrag den Nachweis einer abgeschlossenen Krankheitskostenvollversicherung, in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung oder in der privaten Krankenversicherung für sich selbst und ggf. Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, bei. Kann der Nachweis bei Antragstellung nicht erbracht werden, so ist er spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung nachzureichen. Wird der Nachweis innerhalb dieser Frist nicht erbracht, so ist der Antrag abzulehnen.
- 5.4 Die Gewährung einer pauschalen Beihilfe ist unter den Voraussetzungen des § 3 Nummer 62 Einkommensteuergesetz steuerfrei. Zum Nachweis dieser Voraussetzungen ist eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens vorzulegen, in der bestätigt wird, dass die Voraussetzungen des § 257 Absatz 2a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vorliegen und dass es sich bei den vertraglichen Leistungen um Leistungen im Sinne des SGB V handelt. Die Bescheinigung muss außerdem Angaben über die Höhe des für die vertraglichen Leistungen im Sinne des SGB V zu zahlenden Versicherungsbeitrags enthalten. Weiter ist eine zweckentsprechende Verwendung der pauschalen Beihilfe durch eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens über die tatsächlichen Krankenversicherungsbeiträge nachzuweisen. Diese Bescheinigungen sind von der bezügelnden Stelle oder einer von ihr bestimmten Dienststelle als Unterlage zum Lohnkonto aufzubewahren. Voraussichtlich ab dem 1. Januar 2025 werden die Bescheinigungen vom Versicherungsunternehmen im Rahmen eines elektronischen Datenübermittlungsverfahrens zur Verfügung gestellt.

**6. 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 Beitragsrückerstattungen sofort anzuzeigen. Eventuell zuviel gewährte Leistungen werden mit zukünftigen Zahlungen der pauschalen Beihilfe verrechnet. Für die Entrichtung der Krankenversicherungsbeiträge bin ich allein verantwortlich. Einen Wechsel des Dienstherrn/Arbeitgebers werde ich unverzüglich mitteilen.

Das Merkblatt zur pauschalen Beihilfe, habe ich zur Kenntnis genommen. (Falls es Ihnen nicht vorliegt, finden Sie das Merkblatt auch auf unserer Homepage [www.versorgungskasse-oldenburg.de](http://www.versorgungskasse-oldenburg.de).)

Datum	Unterschrift
	Unterschreibt eine andere Person als der Beihilfeberechtigte, müssen Sie einmalig eine Vollmacht vorlegen.