

**Kommunaler Versorgungsverband
Baden-Württemberg**
- Beihilfeabteilung -
Postfach 10 01 61
76231 Karlsruhe

BF	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.kvbw.de/Informationspflichten.

1. **Ich beantrage unwiderruflich* die Gewährung einer pauschalen Beihilfe** gemäß § 78 a Landesbeamtengesetz Baden-Württemberg (LBG) und **verzichte auf aufwendungsbezogene und ergänzende Beihilfe** nach § 78 LBG 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

Beihilfeberechtigt gemäß § 78 Abs. 1 LBG (z. B. Beamte, Richter, Versorgungsempfänger)

Derzeitiger bzw. letzter Dienstherr/Arbeitgeber

Beschäftigungszeitraum

vom _____ bis _____ Elternzeit/Pflegezeit vom _____ bis _____

Beurlaubt ohne Bezüge vom _____ bis _____

Wie sind Sie versichert?

freiwillig gesetzlich krankenversichert 100 v. H. privat krankenversichert

Höhe des monatlichen Krankenversicherungsbeitrags _____ €

Nachweis ist beigefügt Nachweis wird nachgereicht

Wird bereits ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt (z. B. vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger)?

ja (Nachweis ist beigefügt) Nein

BF - PB_1_1_Antrag_pauschale_Beihilfe_01/2023

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 2023 liegt dieser Höchstbetrag bei monatlich 403,99 €.

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

4.1 Sind Angehörige auch bei anderen Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig (z. B. Kind bei einem anderen Elternteil)?

- nein
- ja Name(n), Vorname(n) des/der Angehörigen berücksichtigungsfähig bei: Name(n), Vorname(n)

--	--

4.2 Außer dem diesem Antrag zugrunde liegenden Beihilfeanspruch besteht für bestimmte Personen ein zusätzlicher/anderer Beihilfeanspruch:

- ja, für folgende Person(en)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigter | <input type="checkbox"/> als Versorgungsempfänger/Hinterbliebener/Pfarrer im Ruhestand |
| <input type="checkbox"/> Ehegatte | <input type="checkbox"/> als Beamter/Pfarrer im Dienst o. Ä. |
| <input type="checkbox"/> Kind(er):
Name(n), Vorname(n) | <input type="checkbox"/> als Beschäftigter/Arbeitnehmer
Zuständige Beihilfestelle(n) |

--	--

4.3 Krankenversicherungsschutz der berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatte und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder)

Bitte für berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatten und Kinder) ausfüllen. Beim Erstantrag, bei Änderungen oder Wechsel des Versicherungsunternehmens bitte entsprechende Krankenversicherungsnachweise beifügen.

	Privat kranken- versichert	Höhe des monatlichen Krankenversicherungs- beitrags	Versicherungs- schutz ab/ggf. bis Monat/Jahr	Wird bereits ein Zuschuss zu den Krankenversicherungs- beiträgen gewährt (z.B. vom Arbeitgeber oder Rentenversi- cherungsträger)? 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	€ / /	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	€
2. <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	€ / /	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	€
3. <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	€ / /	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	€
4. <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	€ / /	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	€

Das Kindergeld für das/die Kind(er) Nr(n). wird ausgezahlt an Name, Vorname seit

den Beihilfeberechtigten oder an

BF - PB_1.1_Antrag_pauschale_Beihilfe_01/2023

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 und Todesfall 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 incl. Wahlleistungen 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 01.01.2023 nur auf Antrag des Beihilfeberechtigten. Die Beihilfeberechtigten müssen gegenüber dem Kommunalen Versorgungsverband innerhalb einer Ausschlussfrist von fünf Monaten 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.kvbw.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 zwei Monaten nach Ablauf der Ausschlussfrist von fünf Monaten 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 bezugetzahlenden Stelle oder einer von ihr bestimmten Dienststelle als Unterlage zum Lohnkonto aufzubewahren. Voraussichtlich ab dem 1. Januar 2024 werden die Bescheinigungen vom Versicherungsunternehmen im Rahmen eines elektronischen Datenübermittlungsverfahrens zur Verfügung gestellt. Bei ausländischen Krankheitskostenvollversicherungen sind die Voraussetzungen durch andere geeignete Unterlagen nachzuweisen.

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 (BF_PB_0_1), das diesem Antragsvordruck beilieg, habe ich zur Kenntnis genommen. (Falls es Ihnen nicht vorliegt, finden Sie das Merkblatt auch auf unserer Homepage www.kvbw.de.)

Datum

Unterschrift

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