

## Antrag auf Mittel aus der Hannoverschen Beihilfekasse e.V.

**Hiermit beantrage ich:**

Frau      Herr

\_\_\_\_\_ (Titel)

\_\_\_\_\_ (Name)

\_\_\_\_\_ (Vorname)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Sozialversicherungsnummer, 12-stellig)

**wohnhaft in:**

\_\_\_\_\_ (Straße, Nr.)

\_\_\_\_\_ (PLZ)

\_\_\_\_\_ (Ort)

\_\_\_\_\_ (Land, falls nicht D)

\_\_\_\_\_ (Telefon)

\_\_\_\_\_ (E-Mail-Adresse)

**Hinweis:** Bitte geben Sie Ihre Kontaktdaten an, insbesondere die Email-Adresse. Der Schriftverkehr erfolgt in der Regel elektronisch.

**für folgende Ausgaben Mittel aus der Hannoverschen Beihilfekasse e.V.:**

Nr.	Art der Behandlung / Leistung	Antrag- steller:in	Ehe- /Lebens- partner:in	Kind	Kind	Kind
1	Zahnärztliche/ Kieferorthopädische Behandlungen					
2	Heilpraktische Behandlungen					
3	(Anthroposophische) Medikamente					
4	Anthroposophische Therapien/ Beratung					
5	Homöopathische Beratung/ Medikamente					
6	Komplementärmedizin (Akupunktur, Ayurveda, TCM-Behdlg.)					
7	Psychotherapie					
8	Sonstige Leistungen (Sehhilfen, Hörgeräte, Hilfsmittel etc.)					
<b>Gesamtausgaben</b>						

**Bitte fügen Sie einen Nachweis Ihrer Krankenkasse über die Familienversicherung folgender Personen bei:**

Angehörige	Name	Vorname	Geburtsdatum
Ehe-/Lebenspartner:in			
Kind			
Kind			
Kind			

**Bitte beachten Sie folgende Hinweise:**

- Leistungen können nur erstattet werden, wenn uns deren **medizinische Notwendigkeit** in Form eines Rezepts oder einer Verordnung bescheinigt wird.
- Bitte fügen Sie diesem Antrag **alle Quittungen / Verordnungen** bei.
- Alle Quittungen / Verordnungen müssen auf den **Namen der beihilfeberechtigten Person** ausgestellt sein.
- Rechnungen können aus dem **laufenden Jahr und dem Vorjahr** eingereicht werden.
- Die Summe der belegten Kosten muss **mindestens EUR 200,00** betragen.

---

**Angaben zu Kranken- und Zusatzversicherungen**

Name der gesetzlichen Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name der privaten Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ keine

**Hinweis:** Bitte fügen Sie in diesem Fall die Bescheide über Erstattungen der Krankenkasse und/oder Zusatzversicherung bei.

---

**Angaben zur Bankverbindung**

Die Leistungen der Hannoverschen Beihilfekasse e.V. sollen auf mein folgendes EUR-Konto überwiesen werden:

IBAN: 

										(ehem. BLZ)					(ehem. Kto.-Nr.)							

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

---

Ich versichere die **Richtigkeit meiner Angaben**, bin damit einverstanden, dass die Hannoversche Beihilfekasse e.V. die Angaben **jederzeit nachprüfen** kann und verpflichte mich, **zu Unrecht bezogene Leistungen zurück zu zahlen**. Die [Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO](#) sind auf unserer Homepage verfügbar.

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Antragsteller:in)