

# Antrag auf Beihilfe

Bei erstmaliger Antragstellung bei der nachstehend im Anschriftenfeld aufgeführten Festsetzungsstelle oder bei Änderungen in den persönlichen Verhältnissen sind durchgängig vollständige Angaben notwendig! Andernfalls kann die Beihilfe mit dem „Antrag auf Beihilfe -Kurz Antrag-“ (Bw-2679) beantragt werden.

**Hinweise:**

- Zutreffendes bitte ankreuzen.
- ↓ Wenn angekreuzt, folgen Sie der Pfeilrichtung/dem Hinweis und beantworten Sie bitte die weiteren Fragen sorgfältig.
- **Nachweiserinnerung!** Wenn Sie in der entsprechenden Spalte Eintragungen vorgenommen haben, sind Nachweise beizufügen (ab Seite 2).

**Festsetzungsstelle**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Eingangsstempel der Festsetzungsstelle)

**Bitte vollständig ausfüllen und deutlich schreiben!**

**Bitte immer Personenkenzziffer angeben:**  
 (Hinweis für Versorgungsempfänger: Die Personenkenzziffer kann der Mitteilung über Versorgungsbezüge entnommen werden)

1 Antragsteller/Antragstellerin (Name, Vorname, Dienstgrad/Amts-/Dienstbezeichnung)				- wenn nicht bekannt: Geburtsdatum	
Dienststelle/Einheit/Referat, PLZ, Dienstort, Straße, Haus-Nr			Bw-Fernwahl	Hausruf	BesGr/Entgeltgruppe
Vollständige Privatanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)				Telefon (Vorwahl, Telefonnummer)	
<input type="checkbox"/> Witwer/ <input type="checkbox"/> Witwe/ <input type="checkbox"/> Waise	des Verstorbenen/der Verstorbenen (Vorname, Name, früherer Dienstgrad/frühere Amts-/Dienstbezeichnung)				

**Haben Sie schon einmal einen Antrag auf Beihilfe gestellt?**

Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja, den letzten am (Datum)	bei (Stelle)
Haben sich Änderungen bei den Fragen Nr. 2 bis 8 gegenüber den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?		
Nein <input type="checkbox"/> ↓ Weiter ab Nr. 9	Ja, <input type="checkbox"/> bitte beantworten Sie erneut alle Fragen vollständig ab Nr. 2:	

2 Berufssoldat/ Berufssoldatin	Soldat/ Soldatin auf Zeit	Beamter/ Beamtin	Arbeitnehmer/ Arbeitnehmerin der Bw	Auszubildender/ Auszubildende	Versorgungsempfänger/ Versorgungsempfängerin	Empfänger/ Empfängerin von Übergangsgebühren	Beschäftigt Vollzeit	Teilzeit, wöchentlich Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altersteilzeit vom-bis (Datum)			Diensteintritt bzw. Beschäftigungsbeginn im Bundesdienst (Datum)		Gebührensahlende Stelle WBV:			
Für Soldaten/Soldatinnen auf Zeit: Verpflichtungsdauer vom-bis (Datum) Jahre			Beurlaubung ohne Dienstbezüge (gem. § 72a Abs 4 S. 1 Nr. 2 BBG) vom-bis (Datum)		Sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge vom-bis (Datum)			
Mutterschutzfrist vom-bis (Datum)			Elternzeit vom-bis (Datum)		Erziehungsgeld vom-bis (Datum)			

**2.1 Wenn Sie in das Ausland versetzt/kommandiert/abgeordnet worden sind:**

Die Zusage der Umzugskostenvergütung (UKV) ist		Mitflug für Personen ist (nach VMBI 1989 S. 197 Nr. 3 oder 4)	
<input type="checkbox"/> nicht erteilt worden	<input type="checkbox"/> erteilt worden	<input type="checkbox"/> nicht genehmigt worden	<input type="checkbox"/> genehmigt worden

**3 Familienstand (auch dann anzugeben, wenn keine Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht werden)**

ledig <input type="checkbox"/> ↓	verheiratet seit (Datum)	getrennt lebend seit (Datum)	rechtskräftig geschieden seit (Datum)	verwitwet seit (Datum)
<b>Angaben zum Ehegatten:</b> (Auch auszufüllen, wenn geschieden oder verwitwet und Ansprüche aus der gemeinsamen Zeit geltend gemacht werden.) Vorname; Name nur, wenn abweichend <span style="float:right">Geburtsdatum</span>				
Berufstätig Nein <input type="checkbox"/> ↓	<b>Ja: a) Auszubildender/Auszubildende</b> Nein <input type="checkbox"/> ↓ <span style="margin-left: 20px;">Ja, seit (Datum)</span> <span style="margin-left: 20px;">als (Berufsziel)</span>			
<b>b) beschäftigt</b> Vollzeit <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 20px;">Teilzeit, wöchentlich</span> <span style="margin-left: 20px;">seit (Datum)</span> <span style="margin-left: 20px;">bis (Datum)</span> <span style="margin-left: 20px;">als (Berufsbezeichnung)</span> <span style="margin-left: 100px;">Std.</span>				
<b>c) Arbeitgeber zu a) oder b) (Name/Firma, Anschrift)</b>				

**4 Im Familienzuschlag, bei den kinderbezogenen Entgeltbestandteilen berücksichtigungsfähige Kinder**

Lfd-Nr	Vorname; Name nur, wenn abweichend	Geburtsdatum	Schüler/ Schülerin	Auszubildender/Auszubildende / Student/Studentin / Praktikant/Praktikantin seit (Datum)	voraussichtlich bis (Datum)
(1)			<input type="checkbox"/>		
(2)			<input type="checkbox"/>		
(3)			<input type="checkbox"/>		
(4)			<input type="checkbox"/>		
(5)			<input type="checkbox"/>		

Wegfall oder Unterbrechung der Berücksichtigungsfähigkeit des Kindes/der Kinder im Familien-, Orts- bzw Sozialzuschlag (z.B. Wehrdienst/Zivildienst):  
Zeitpunkt des Wegfalls (Datum) Unterbrechung vom–bis (Datum)

Lfd-Nr Lfd-Nr

**Hinweis:** Bei einer Ausbildung im öffentlichen Dienst bitte die Fragen Nr. 7.2.2 und 7.2.3 beantworten.

**5 Krankenversicherung/Pflegeversicherung** ● Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes ist ein Nachweis (Kopie) über den Umfang beizufügen.

5.1 Art des Versicherungsschutzes		a) Privater Kranken-/Pflegeversicherungsschutz						b) Gesetzliche Kranken-/Pflegeversicherung (z.B. AOK/Ersatzkasse/knappschaftliche Krankenversicherung)				
Nicht versichert	Beginn oder Änderung des Versicherungsverhältnisses (Datum)	Ambulant = A Prozent-tarif	Stationär = Stat Prozent-tarif	Zahn-kosten = Z Prozent-tarif	Fest-kosten-tarif	Zusatz-tarif Wahl-leistungen	Beihilfe-kon-former Stan-dartarif (mit eingeschr. ärztlichen Leistungen)	pflicht-ver-sichert	frei-willig ver-sichert	familien-ver-sichert	Privater Zusatztarif Wahlleistungen/Aus-landsreisekrankenvers.	
● Antrag-steller <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● Ehegatte <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 1. Kind <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 2. Kind <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 3. Kind <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 4. Kind <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● 5. Kind <input type="checkbox"/> ↓					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.

**5.2 Wird ein Zuschuss/Beitragsanteil zu den Krankenversicherungsbeiträgen auf Grund eines Rentenbezuges oder berufl. Tätigkeit gewährt? (Kann der Gehalts- oder Rentenanpassungsmittelteil entnommen werden)**

Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja: (Name)	Monatl. Zuschuss/Beitragsanteil	seit (Datum)
● <input type="checkbox"/> ↓	(1)	EUR	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
● <input type="checkbox"/> ↓	(2)	EUR	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.

**6 Gesetzliche Rente (nicht Versorgungsbezüge)**

**6.1 Beziehen Sie oder eine berücksichtigungsfähige angehörige Person eine gesetzliche Rente?**

Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja: (Name)	Art der Rente	seit (Datum)	Anspruch auf Mitgliedschaft in der gesetzl. Krankenversicherung der Rentner
	(1)			<input type="checkbox"/> besteht nicht. <input type="checkbox"/> besteht.
	(2)			<input type="checkbox"/> besteht nicht. <input type="checkbox"/> besteht.

**6.2 Haben Sie oder hat eine berücksichtigungsfähige angehörige Person eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?**

Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja: (Name)	am (Datum)	Der Antrag ist noch ohne Entscheidung <input type="checkbox"/> ↓	befürwortet, lt. Schreiben vom (Datum)	abgelehnt, lt. Schreiben vom (Datum)
	(1)				
	(2)				



<b>13</b>	<b>Wurden Leistungen aus der Auslandsreisekrankenversicherung gewährt?</b>		
	Nein <input type="checkbox"/> ↓	Ja <input type="checkbox"/>	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
<b>14</b>	<b>Nur auszufüllen, wenn Auslagen/Sachkosten für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen/einer nahen Angehörigen (Ehegatte, Kind, Elternteil) der behandelten Person geltend gemacht werden</b>		
	14.1 Die behandelnde Person ist Ehegatte Kind Elternteil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14.2 Es handelt sich um die Aufwendung(en) zu Beleg Nr.: _____	● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
<b>15</b>	<b>Nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht werden, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind</b>		
	Es handelt sich um die Aufwendung(en) zu		
	Beleg Nr.: _____ über (EUR)	Beleg Nr.: _____ über (EUR)	Beleg Nr.: _____ über (EUR)
			Beleg Nr.: _____ über (EUR)
			● Nachweis (Kopie) ist beizufügen.
	Konnten die Krankheiten durch einen Risikozuschlag versichert werden ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
<b>16</b>	<b>Nur auszufüllen bei Aufwendungen für Brillen/Sehhilfen</b>		
	<b>Handelt es sich um die erste Brille/Sehhilfe?</b>		
	Ja <input type="checkbox"/> ● Augenärztliche Verordnung (Kopie) ist beizufügen. ↓	Nein, die bisher benutzte Brille wurde beschafft am (Datum) _____ Die Sehschärfe hat sich <input type="checkbox"/> nicht geändert <input type="checkbox"/> geändert	
	Die bisher benutzte Brille kann aus folgenden Gründen nicht mehr benutzt werden weil: (Kurze Schilderung über Unbrauchbarkeit/Verlust)		
<b>17</b>	<b>Nur auszufüllen bei dauernder Pflegebedürftigkeit</b>		
	Name der pflegebedürftigen Person _____	Festgestellte Pflegestufe <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Pflege <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
	Name der Pflegeperson _____		Hinweis: Änderungen der Pflegestufe sind der Beihilfestelle nachzuweisen.
	Pauschalisiertes Pflegegeld wird beantragt für den Monat/die Monate: _____		
	Jede Unterbrechung der Pflege am/vom-bis (Datum) _____ Grund _____	am/vom-bis (Datum) _____ Grund _____	
<b>18</b>	<b>Nur auszufüllen, wenn Abschlag oder Vorschuss gezahlt worden ist</b>		
	<b>Auf die beantragte Beihilfe ist</b>		
	<input type="checkbox"/> 18.1 ein Abschlag gezahlt worden	<input type="checkbox"/> 18.2 ein Vorschuss gezahlt worden	
	<input type="checkbox"/> an Antragsteller/Antragstellerin	<input type="checkbox"/> an das Krankenhaus	
	am (Datum) _____ über _____	VON (Kasse/Zahlstelle) _____	
		EUR	
	Die letzte Beihilfe wurde bewilligt am (Datum) _____	VON (Festsetzungsstelle) _____	
<b>19</b>	<b>Erstattung der Beihilfe</b>		
	durch Überweisung <input type="checkbox"/> (wie bisher)	<b>Bei Erstantragstellung oder Änderung der Bankverbindung</b>	
		Name und Sitz des Geldinstituts _____	Kontoinhaber/Kontoinhaberin _____
		Bankleitzahl (BLZ) _____	Kontonummer _____

Mir ist bekannt, dass meine Angaben zum Zwecke der Beihilfebearbeitung gespeichert werden.

#### Erklärung der beihilfeberechtigten Person

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind, und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen, Preisnachlässe oder Gutschriften sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe, **ferner, dass ich überzahlte Beihilfen zu erstatten habe, wenn Änderungen in den persönlichen Verhältnissen nicht angegeben worden sind.**

**Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.**

Mir ist bekannt, dass ich andernfalls gegen die mir obliegende Wahrheitspflicht verstoße und mich ggf dem Verdacht eines pflichtwidrigen Verhaltens oder gar einer Straftat aussetze.

**Ich bestätige, dass der von mir vorgelegte Antrag dem amtlichen Vordruck entspricht. Änderungen habe ich nicht vorgenommen.**

Datum, Unterschrift der beihilfeberechtigten Person – Ohne Unterschrift ist die Gewährung einer Beihilfe nicht möglich!

Ich benötige neue Antragsformulare (auch abrufbar unter [www.terrvv.bundeswehr.de](http://www.terrvv.bundeswehr.de))

● **Nachweiserinnerung!**  
Wenn Sie in der entsprechenden Spalte Eintragungen vorgenommen haben, sind Nachweise beizufügen (ab Seite 2).



Von Antragsteller/Antragstellerin auszufüllen.

## Fortsetzung der Zusammenstellung der Aufwendungen

### Bestandteil zum Antrag auf Beihilfe

(Belege/Nachweise sind einzutragen und beizufügen. Es erleichtert die Bearbeitung des Antrages, wenn Sie die Belege der im Formular vorgegebenen Ordnung entsprechend nach Personen getrennt und innerhalb der zugeordneten Personen nach Art der Leistung geordnet eintragen.)

**Bitte immer Personenkennziffer angeben:**  
**(Hinweis für Versorgungsempfänger:**  
 Die Personenkennziffer kann der Mitteilung über Versorgungsbezüge entnommen werden) – wenn nicht bekannt:

vom (Datum)	Name	Geburtsdatum		

Beleg-Nr	Datum der Rechnung	Art der Leistung (Arzt = <b>A</b> , Heilpraktiker = <b>HP</b> , Rezept = <b>R</b> , Zahnarzt = <b>Z</b> )	Heilbehandlung = <b>HB</b> , Hilfsmittel = <b>H</b> , Sanatorium = <b>S</b> ,	Heilkur = <b>K</b> , Pflegeleistung = <b>Pfl</b> , Stationär = <b>Stat</b> ,	Rechnungsbetrag		Kostenerstattung von anderer Seite; falls kein Prozenttarif, Betrag in EUR	
					EUR		%	EUR

#### Beihilfeberechtigte Person

Übertrag von der Zusammenstellung der Aufwendungen					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
<b>Summe</b>					<b>0,00</b>		<b>0,00</b>

#### Ehegatte

Übertrag von der Zusammenstellung der Aufwendungen					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
<b>Summe</b>					<b>0,00</b>		<b>0,00</b>

#### Kind(er)

Übertrag von der Zusammenstellung der Aufwendungen					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
					0,00		0,00
<b>Summe</b>					<b>0,00</b>		<b>0,00</b>