

Ehepartner/in / Lebenspartner/in

Bitte immer bei erstmaliger Antragstellung, je Kalenderjahr oder bei Änderungen vollständig ausfüllen.

Erstantrag
 Änderungen

1. Beihilfeberechtigte Person

Beihilfenummer

Name

Vorname

Namenszusatz

Geburtsdatum

2. Daten der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners

verheiratet/verpartnert verstorben geschieden/aufgehoben

seit/am

Bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.

Name

Vorname

Namenszusatz

Akademischer Grad

Geburtsdatum

Geschlecht

weiblich
 männlich
 divers

3. Krankenversicherungsschutz¹⁾

keine Änderung

gültig ab

privat versichert freiwillig gesetzlich versichert keine Krankenversicherung
 gesetzlich pflichtversichert Krankenversicherung im Ausland
 gesetzlich familienversichert freie Heilfürsorge

Besteht eine Zusatzversicherung?²⁾ (z. B. Zahnzusatzversicherung)

nein ja Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.

Werden durch die Krankenversicherung Leistungen individuell ausgeschlossen?

nein ja Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.

4. Besteht für die Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. den Ehepartner/Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung?

keine Änderung

gültig ab

nein ja

gegenüber wem

als Beamtin/Beamter als Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger
 als Tarifbeschäftigte Person aufgrund vertraglicher Vereinbarung (z. B. Dienstvertrag)



