

Dreizehnte Verordnung zur Änderung der Hessischen Beihilfeverordnung

(GVBl. Nr. 23 für das Land Hessen vom 16.10.2015, S. 370 ff.)

Änderung der Beihilfefähigkeit für Wahlleistungen im Krankenhaus (Chefarztbehandlung und Zweibettzimmerzuschläge)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beziehen uns auf unsere aktuelle Information zur Änderung der Beihilfefähigkeit für Wahlleistungen im Krankenhaus (Chefarztbehandlung und Zweibettzimmerzuschläge), welche wir hier als Anlage nochmals beifügen.

In der Anlage finden Sie auch das entsprechende Formular mittels welchem, Ihre Beihilfeberechtigten (Beamtinnen und Beamte sowie privat versicherte Angestellte und freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Angestellte) die Erklärung, ob sie Ihren Anspruch auf Beihilfe für Aufwendungen für stationäre Wahlleistungen auch nach dem 1. November 2015 beibehalten wollen, dokumentieren.

Bitte beachten Sie die Ausschlussfristen:

- ▶ Nach der Entstehung des Anspruches auf Witwen-, Witwer- oder Waisengeld:
sechs Monate.
- ▶ Für alle übrigen Beihilfenberechtigten, auch bereits vorhandene Empfängerinnen und Empfänger von Witwen-, Witwer- oder Waisengeld:
drei Monate (bis zum 31.01.2016).

Nach Ablauf der Ausschlussfrist ist eine Erklärung nur noch in den in § 6a Abs. 1 Nr. 3 HBeihVO genannten Fällen möglich:

- Begründung oder Umwandlung eines Beamtenverhältnisses (z.B. Wechsel von einem Beamtenverhältnis auf Probe zu einem Beamtenverhältnis auf Lebenszeit oder Ernennung zur Wahlbeamtin/ zum Wahlbeamten), oder
- durch Entstehen des Anspruches auf Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld.

Wenn die Erklärung, weiterhin Wahlleistungen erhalten zu wollen, nicht innerhalb der Ausschlussfrist abgegeben wird, verliert die oder der Beihilfeberechtigte unwiderruflich den Anspruch!



Wir bitten, uns eine Kopie der von Ihren Bediensteten bei Ihnen abzugebenden Erklärung für Beihilfezwecke bzw. für die Berücksichtigung bei der Auszahlung der Versorgungsbezüge –versehen mit Ihrem Eingangsstempel - ausschließlich per Post an folgende Adresse zu schicken:

Kommunalbeamten-Versorgungskasse Nassau
Welfenstraße 2
65189 Wiesbaden.

Fragen hierzu beantworten wir Ihnen selbstverständlich sehr gerne.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Kommunalbeamten-Versorgungskasse Nassau



_____	_____
Eingangsdatum	Festsetzungsstelle (Stempel)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Personalnummer

Straße, Hausnummer

PLZ / Ort

Beamtin/Beamter

Angestellte/Angestellter

Erklärung

nach § 6a der Hessischen Beihilfenverordnung (HBeihVO)

Anspruch auf Beihilfe zu Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung

- Ja**, ich möchte für den Fall eines stationären Krankenhausaufenthalts Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen gemäß § 6 Absatz 1 Nr. 6 HBeihVO (gesondert berechnete ärztliche Leistungen – Chefarztbehandlung –, gesondert berechnete Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers, gekürzt um 16 Euro pro Tag) für mich und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Anspruch nehmen. Dafür zahle ich rückwirkend ab dem 01.11.2015 einen Betrag von **18,90 Euro** monatlich. Diese Erklärung umfasst auch das Einverständnis nach § 6a Abs. 2 Satz 3 HBeihVO, dass der Betrag monatlich von meinen Bezügen einbehalten wird.
- Nein**, ich verzichte für den Fall eines stationären Krankenhausaufenthalts **unwiderruflich** für mich und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen auf den Anspruch auf Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen gemäß § 6 Absatz 1 Nr. 6 HBeihVO.

Hinweise

- Dieses Formular wird elektronisch ausgelesen und verarbeitet. **Zusätzliche Anmerkungen werden nicht berücksichtigt. Dies gilt auch für mitübersandte Schreiben und Unterlagen.**
- Diese Erklärung ist nur gültig, wenn sie mit Datum und Unterschrift versehen vorgelegt wird und Ihre Entscheidung – „Ja“ oder „Nein“ – eindeutig erkennbar ist.
- Bitte reichen Sie dieses Formular nicht zusammen mit einem Beihilfeantrag ein.

Datum

Unterschrift