

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

### Hiermit beantrage ich

Frau      Herr

|                |               |                       |
|----------------|---------------|-----------------------|
| (Titel)        | (Name)        | (Vorname)             |
| (Geburtsdatum) | (Geburtsname) | (Versicherten-Nummer) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### wohnhaft in:

|               |                  |                       |
|---------------|------------------|-----------------------|
| (Straße, Nr.) |                  |                       |
| (PLZ)         | (Ort)            | (Land, falls nicht D) |
| (Telefon)     | (E-Mail-Adresse) |                       |

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

|   | Art der Behandlung / Leistung                                | Ausgaben in EUR |
|---|--|-----------------|
| 1 | Zuschuss Zahnersatz  |                 |
| 2 | Behandlung beim Heilpraktiker                                |                 |
| 3 | (Anthroposophische) Medikamente                              |                 |
| 4 | Anthroposophische Therapien / Beratung                       |                 |
| 5 | Homöopathische Beratung / Medikamente                        |                 |
| 6 | Komplementärmedizin (Akupunktur, Ayurveda, TCM-Behandlungen) |                 |
| 7 | Psychotherapie   |                 |
| 8 | Sonstige Leistungen (Sehhilfen, Hörgeräte, Hilfsmittel etc.) |                 |
|   | <b>Gesamtausgaben</b>  |                 |

Zahlungsbelege werden für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ eingereicht.  
(Datum) (Datum)

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Alle Quittungen / Verordnungen müssen auf den **Namen der beihilfeberechtigten Person** ausgestellt sein.
- Bitte fügen Sie diesem Antrag **alle Quittungen / Verordnungen im Original** bei. Quittungen für erstattete Leistungen verbleiben dauerhaft bei der Hannoverschen Beihilfekasse e.V.
- Leistungen können nur erstattet werden, wenn uns deren **medizinische Notwendigkeit** in Form eines Rezepts oder einer Verordnung bescheinigt wird.
- Die Summe der belegten Kosten muss **mindestens EUR 120,00** betragen.

**Weiter auf der Rückseite**



## **Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO**

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

vielen Dank für die von Ihnen bereitgestellten Informationen. Um unseren datenschutzrechtlichen Pflichten nachzukommen, teilen wir Ihnen hiermit gemäß Artikel 13 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) die erforderlichen Informationen mit:

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:

**Hannoversche Beihilfekasse e.V.**  
**Pelikanplatz 23**  
**30177 Hannover**

Sollten Sie Fragen haben oder eine Kontaktaufnahme zu dem von uns bestellten Datenschutzbeauftragten wünschen, so ist dies unter folgender E-Mail-Adresse möglich: [datenschutzteam@s-con.de](mailto:datenschutzteam@s-con.de).

Die von Ihnen übermittelten personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Entscheidung über die Genehmigung von Leistungen aus der Hannoverschen Beihilfekasse e. V. gemäß Art. 6 Abs. 1 UAbs. 1 lit. b) DSGVO erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist für die Abwicklung des Antragsprozesses und zur Entscheidung über eine Genehmigung der von Ihnen beantragten Leistungen erforderlich. Bei Nichtbereitstellung ist es uns leider nicht möglich, Ihren Antrag zu bearbeiten. Eine automatisierte Entscheidungsfindung wird nicht vorgenommen.

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an externe Dritte erfolgt ausschließlich bei einer möglichen Erstattung über die Lohnbuchhaltung des Arbeitgebers, sofern der steuerfreie Erstattungsbetrag von 600 Euro überschritten wird.

Eine Übermittlung an ein Drittland oder eine internationale Organisation der von Ihnen bereitgestellten personenbezogenen Daten findet nicht statt und ist auch nicht in Planung.

Ihre Daten werden bei uns für die Dauer der Vertragserfüllung gespeichert und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Nach Ablauf dieser Zeit werden die Unterlagen gelöscht bzw. vernichtet. Insofern eine Löschung nicht möglich ist, werden die Daten eingeschränkt.

Gemäß Art. 15 DSGVO steht Ihnen ein Recht auf Auskunft über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu. Darüber hinaus steht es Ihnen frei, Ihre Rechte auf Berichtigung, Löschung oder, sofern das Löschen nicht möglich ist, auf Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit gemäß der Artikel 16–18, 20 DSGVO geltend zu machen. Sollten Sie dieses Recht in Anspruch nehmen wollen, so wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten.

Weiterhin steht Ihnen das Recht zu, sich jederzeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Sollten Sie der Meinung sein, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht unter Einhaltung der Datenschutzgesetze erfolgt, würden wir Sie höflich darum bitten, sich mit unserem Datenschutzbeauftragten in Kontakt zu setzen.

Weiterhin haben Sie gemäß Art. 13 Abs. 2 lit. b) DSGVO das Recht, jederzeit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widersprechen.