

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
 Beihilfedienste
 70636 Stuttgart

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Nur für Beihilfeberechtigte, die nicht bei der
 PBeaKK versichert sind

Antrag auf Beihilfe

Ich beantrage die Festsetzung der Beihilfe nach der
 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV).

Fremdwährungen bitte umrechnen

Die Erstattung erfolgt auf Basis von Zweitschriften oder Kopien, diese
 werden nicht zurückgesandt. Bitte reichen Sie keine Originalbelege ein.
 Bitte die Belege weder klammern noch heften.

Anspruch auf Beihilfe besteht, wenn der Antrag innerhalb eines Jahres nach
 Entstehen der Aufwendungen bzw. nach Ausstellen der Rechnung gestellt wird.

Beihilfe wird gezahlt, wenn die geltend gemachten Aufwendungen insgesamt
 mehr als 200 Euro betragen. Bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung
 unbilliger Härten können Ausnahmen zugelassen werden.

Wenn Sie erstmals Beihilfe beantragen oder sich Änderungen in Ihren persönli-
 chen Verhältnisse ergeben haben, melden Sie uns dies bitte mit dem Formular
 „Änderungen in den persönlichen Verhältnissen bzw. Erstantrag auf Beihilfe“.

Belege	Euro, Cent
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

Summe

Bei den beantragten Leistungen handelt es sich
 ausschließlich um Pflegeleistungen.

Ja

Der Bescheid soll **ausnahmsweise** an folgen-
 de Person gesandt werden (Ehegatte/in bzw.
 Lebenspartner/in, Bevollmächtigte/r, Kind).

Name, Vorname

Straße

Eine dauerhafte Bevollmächtigung oder Adressänderung
 melden Sie uns bitte extra.

PLZ, Ort

Die Zahlung soll **ausnahmsweise** an folgende
 Bankverbindung erfolgen.

Kontoinhaber

Eine dauerhafte Änderung Ihrer Bankverbindung melden
 Sie uns bitte extra.

BIC

IBAN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Die beantragten Leistungen sind Folge eines Unfalls,
 einer Verletzung oder eines anderen schädigenden
 Ereignisses.

Ja

Nummer
 (Belege)

Bitte eine kurze Schilderung des Verletzungshergangs beifügen.
 Sollte es sich um einen Dienst-/Schulunfall handeln, reichen Sie
 bitte entsprechende Belege immer zuerst bei der Unfallkasse bzw.
 der gesetzlichen Unfallversicherung ein.

Die Behandlung erfolgte durch einen Angehörigen (Ehegatten/in oder Lebenspartner/in, Elternteil oder Kind). Ja
Nummer
(Belege)

Es gibt Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen, die ich der Beihilfefestsetzungsstelle bisher nicht gemeldet habe. Ja

Diese Veränderungen betreffen: Mich
Dies sind bspw. Änderungen des Krankenversicherungsschutzes (z.B. Tarifwechsel), Änderungen in den familiären Verhältnissen, Änderungen des Familienzuschlages (z. B. Wegfall), verändertes Einkommen des/der Ehegatten/in oder Lebenspartners/in, die Versetzung in den Ruhestand. Das Änderungsformular erhalten Sie u.a. auf www.beihilfedienste.de. Ehegatte/in oder
Lebenspartner/in
Kind
(Vor-, Name)

Das Änderungsformular habe ich dem Antrag beigefügt. Ja

Es wird in diesem Kalenderjahr erstmals Beihilfe für meine/n berücksichtigungsfähige/n Ehegatten/in oder Lebenspartner/in beantragt. Ja

Bitte fügen Sie den Einkommenssteuerbescheid des 2. Kalenderjahres vor Beantragung der Leistung bzw. eine Erklärung darüber bei, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte des/der Ehegatten/in oder Lebenspartners/in im laufenden Kalenderjahr die Grenze von 17.000 Euro bzw. 18.000 Euro nicht überschreiten wird.

Besteht für die beantragte Beihilfe ein weiterer Beihilfeanspruch gegenüber einem anderen Beihilfeträger, ist der Bescheid der Beihilfefestsetzungsstelle beizufügen. Leistungen anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung) müssen nachgewiesen werden. Nicht relevante Daten können unkenntlich gemacht werden.

Ort, Datum

Unterschrift beihilfeberechtigte Person bzw. Bevollmächtigte/r