

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
 Beihilfedienste
 70636 Stuttgart

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Nur für beihilfeberechtigte Personen,
 die nicht bei der PBeaKK versichert sind

Änderungen in den persönlichen Verhältnissen bzw. Erstantrag auf Beihilfe

Füllen Sie dieses Formular aus, wenn Sie erstmals Beihilfe beantragen oder wenn sich Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen ergeben haben.

Ich beantrage erstmals Beihilfeleistungen. Ja
 Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.

Oder

Es haben sich Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen ergeben. Ja
 Bitte vermerken Sie ausschließlich die Änderungen.

Angaben zur beihilfeberechtigten Person Nachname
Vorname
Geburtsdatum
Personalnummer

Anschrift Straße
 Wir verwenden diese Anschrift grundsätzlich für den gesamten Schriftverkehr (z. B. Bescheide). Adresszusatz
PLZ / Postfach
Ort

Bankverbindung Kontoinhaber
 Auf dieses Konto überweisen wir grundsätzlich die auszahlenden Beihilfeleistungen. IBAN
BIC

Es besteht ein verbeamtete Person Dienstordnungsangestellte*r
 Beihilfeanspruch als Versorgungsempfänger*in Dienstordnungsangestellte*r auf Widerruf
Tarifkraft (z.B. angestellte Person) Dienstordnungsversorgungsempfänger*in
(Insich-) beurlaubte Person

Angaben zum Beschäftigungsunternehmen Bitte Nachweis in Kopie beifügen (z. B. Bezügemitteilung).	Name
Ich bin dort beschäftigt seit	Datum
Mit einer Wochenarbeitszeit von	Stunden

Der erstmalige Bezug von Witwen- bzw. Witwer- oder Waisenversorgung erfolgte zum	Datum
--	-------

Ausscheiden aus dem Dienst Bitte Entlassungs-/Versetzungsbescheid in Kopie beifügen.	Mit Ablauf des
---	----------------

Urlaub unter Wegfall der Besoldung / Vergütung, (Insich-)Beurlaubung und Beschäftigung Bitte Schreiben des Arbeitgebers/Dienstherrn in Kopie beifügen.	Von
	Bis
	Verlängert bis

Sterbefall Bitte die Sterbeurkunde in Kopie beifügen und einen Ansprechpartner mit Anschrift und Telefonnummer für Rückfragen angeben unter „Sonstige Änderungen“ (Formularende).	Todestag
--	----------

Angaben zur Art der Kranken- und Pflegeversicherung der beihilfeberechtigten Person, deren berücksichtigungsfähige*r Ehe-/Lebenspartner*in und Kinder

Bitte fügen Sie alle entsprechenden Versicherungsnachweise für jede beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person in Kopie bei.

Bitte geben Sie jeweils die Art der Versicherung an: Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV), freiwillige Versicherung in der GKV, private Krankenversicherung, freie Heilfürsorge, Sonstige Kostenträger.

Beihilfeberechtigte Person

Berücksichtigungsfähige*r
Ehe-/Lebenspartner*in

Kind 1 (s. Seite 3)

Kind 2 (s. Seite 3)

Kind 3 (s. Seite 3)

Angaben Ehe-/Lebenspartner*in

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Datum der Heirat / Begründung der Lebenspartnerschaft
Bitte Nachweis in Kopie beifügen.

Datum der Ehescheidung bzw. Aufhebung der Lebenspartnerschaft
Bitte rechtskräftiges Urteil in Kopie beifügen.

Angaben zu anderweitigem Beihilfe-/Heilfürsorgeanspruch des/der Ehe-/Lebenspartner*in

Ehe-/Lebenspartner*in hat einen eigenen Beihilfeanspruch als

verbeamtete Person
 Versorgungsempfänger*in
 Tarifkraft (z. B. angestellte Person)
 Sonstiges

Der Anspruch besteht seit _____ Datum _____

Name und Anschrift der Beihilfestelle
 Bitte Beihilfebescheid beifügen.

Beihilfestelle _____
 Anschrift _____

Angaben zu berücksichtigungsfähigen Kindern im Familienzuschlag

Vor- und Familienname des Kindes	Geburtsdatum	Familienzuschlag (FZ) erhält (Vor-/Name)	Seit	Wegfall des FZ am

Angaben zu Pflegeleistungen

Ich erhalte bzw. es gibt Änderungen bei meinen
 Wir benötigen von Ihnen in Kopie: den Bescheid der Pflegekasse über den Pflegegrad und den Leistungsumfang, die Rechnungen und eine aktuelle Bezügemitteilung.

Geldleistungen Ja
 Die Pflege wird selbst sichergestellt, z. B. durch Angehörige.
 Ich beantrage die automatische Zahlung der Beihilfeleistungen für 12 Monate. Der Antrag auf wiederkehrende Beihilfe ist beigefügt.

Rentenversicherungsbeiträge Ja
 Für die Pflegeperson/en werden von der Pflegekasse Rentenversicherungsbeiträge abgeführt. Der Bescheid liegt in Kopie bei.

Sachleistungen Ja
 Häusliche Pflegehilfe, z. B. durch einen ambulanten Pflegedienst

Kombinationspflege aus Geld- und Sachleistungen Ja

Tages- oder Nachtpflege in teilstationärer Pflegeeinrichtung Ja

Vollstationäre Pflege Ja

Ich beantrage Beihilfe zu den Aufwendungen der vollstationären Pflege, die über die Pflegepauschale hinausgehen.
 Der Antrag auf Beihilfezuschuss ist beigefügt. Ja

Vollstationäre Pflege in Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen Ja

Sonstige Änderungen

Datenschutz ist uns sehr wichtig: Informationen zur Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung sowie die Auskunft über Ihre Rechte und Kontaktdaten der Ansprechpartner in Datenschutzfragen finden Sie auf unserer Internetseite www.pbeakk.de im Bereich „Informationen zum Datenschutz“.

Mir ist bekannt, dass die von mir gemachten Angaben Grundlage für die Festsetzung von Beihilfeleistungen sind. Falls sich Angaben ändern, kann dies auch meinen Anspruch auf Beihilfe beeinflussen. Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen zeige ich unverzüglich an.

Ort, Datum

Unterschrift beihilfeberechtigte Person bzw. bevollmächtigte Person