

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

Angaben zum Beschäftigungsunternehmen/Behörde	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
Elternzeit Bitte Schreiben des Arbeitgebers/Dienstherrn in Kopie beifügen	von bis verlängert bis
Sterbefall	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

Bei einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung:  
Höhe des Arbeitgeberzuschusses zu Ihren Krankenversicherungsbeiträgen

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](http://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