

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
Beihilfedienste Saarland
70644 Stuttgart

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person

Datum

Telefon

Antrag auf Bemessungssatzerhöhung für Versorgungsempfänger nach § 15 Abs. 5 BhVO

Angaben zur beihilfeberechtigten Person:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hiermit beantrage ich die Erhöhung
des Bemessungssatzes auf 80 Prozent
nach § 15 Abs. 5 BHVO für

 mich selbst meine*n Ehepartner*in

Bitte fügen Sie diesem Antrag Ihre aktuelle Bezügemitteilung sowie die Versicherungsbescheinigung, aus der sich der Beitragsaufwand für die Kranken- und Pflegeversicherung ergibt, bei.

Für mich bzw. meine*n Ehepartner*in wird
eine gesetzliche Rente bezogen
(falls ja bitte einen aktuellen
Rentenbescheid beifügen).

Gesetzliche Rente wird gezahlt für

 mich selbst meine*n Ehepartner*in

Mir ist bekannt, dass der Anspruch auf Bemessungssatzerhöhung nur besteht, wenn der Beitragsaufwand für die beihilfekonforme private Kranken- und Pflegeversicherung 15 Prozent der Versorgungsbezüge übersteigt. Der Antrag ist nur für die Zukunft zulässig.

Ort, Datum

Unterschrift beihilfeberechtigte Person bzw.
Bevollmächtigte/r

Beihilfenummer:

M 049

[Zurücksetzen](#)

Seite 1