

Absender

Beihilfenummer

Postbeamtenkrankenkasse  
Beihilfedienste Saarland  
70644 Stuttgart

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

### Angaben zu den persönlichen Verhältnissen eines/r Beihilfeberechtigten

Füllen Sie dieses Formular aus, wenn Sie Beihilfe als saarländische/r Beihilfeberechtigte/r bei der PBeaKK mit gesondertem Antrag (L 720) beantragen oder wenn sich Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen ergeben haben.

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

Ja

Oder

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

Ja

Angaben zur beihilfeberechtigten Person

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Personalnummer

Anschrift

Straße und Hausnummer

Wir verwenden diese Anschrift für den  
gesamten Schriftverkehr  
(z. B. für Bescheide).

Adresszusatz

PLZ / Postfach

Ort

Bankverbindung

Kontoinhaber

Auf dieses Konto überweisen wir die  
auszahlenden Beihilfeleistungen.

IBAN

BIC

Wurde ein Dritter bevollmächtigt, bitte die Vollmacht beifügen bzw. eine neue Vollmacht erteilen.

Gilt nur bei erstmaliger Antragstellung.

Es besteht ein Beihilfeanspruch als

verbeamtete Person

Tarifkraft (z.B. angestellte Person)

beamtete Person auf Widerruf  
im Vorbereitungsdienst

Abgeordnete(r) Landtag

Versorgungsempfänger\*in

Witwe/r oder Waise

Name

ggf. Beihilfenummer des  
Verstorbenen

---

Besoldungsgruppe

---

Höhe des Ruhegehaltssatz als Versorgungsempfänger in Prozent

---

Angaben zur Behörde Name

Ich bin beschäftigt seit Datum

mit einer Wochenarbeitszeit von Stunden

---

Der erstmalige Bezug von Witwen/r oder Waiserversorgung erfolgte zum

Höhe des Ruhegehaltssatz als Witwe/r in Prozent

Ich bin Vollwaise

---

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

---

Urlaub unter Wegfall der Besoldung / Vergütung Grund  
Bitte Grund eingeben z.B. nach § 16 UrlVO oder § 83b SBG Von  
Bis

---

Elternzeit Von  
Bitte Schreiben des Arbeitgebers/  
Dienstherrn in Kopie beifügen Bis  
Verlängert bis

---

Sterbefall Todestag

---

**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 verbeamtete Person  
eigenen Beihilfeanspruch als (z. B. angestellte Person)

Sonstiges

Der Anspruch besteht seit Datum

Name und Anschrift der Beihilfestelle Beihilfestelle  
Bitte Beihilfebescheid beifügen.

Anschrift

## Angaben zu berücksichtigungsfähigen Kindern im Familienzuschlag

Vor- und Nachname des Kindes	Geburtsdatum	Familienzuschlag (FZ) erhält (Name, Vorname)	Seit	Wegfall des FZ am

## 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)

Liegt ein individueller Leistungsausschluss Ihrer Krankenversicherung vor  
Wenn ja, bitten wir um nähere Erläuterungen unter "Sonstige Änderungen".  
Bitte fügen Sie einen Nachweis bei.

Ja

Nein

## 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.beihilfedienste.de](http://www.beihilfedienste.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