

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
eigenen Beihilfeanspruch als

verbeamtete Person
(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 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 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