

Absender:

 Postbeamtenkrankenkasse
 70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Antrag auf Leistungen der PBeaKK und / oder der Privaten Pflegepflichtversicherung

Ich beantrage die Erstattung nebenstehender Beträge.

Fremdwährungen bitte umrechnen

Die Erstattung erfolgt auf der Basis der Originalbelege. Diese werden Eigentum der PBeaKK und können nicht zurückgeschickt werden.

Die PBeaKK erhebt, verarbeitet und nutzt die in diesem Antrag enthaltenen Daten zur Berechnung der Ihnen von der PBeaKK zustehenden Leistungen. Bei der Datenverarbeitung wird die PBeaKK auch von Auftragnehmern unterstützt. Die PBeaKK beachtet die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und stellt den Schutz Ihrer Daten jederzeit sicher.

Belege	Euro,Cent
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
Summe	<input type="text"/>

 Der Antrag beinhaltet Leistungen der Privaten
 Pflegepflichtversicherung.

Ja

☐

 Der Antrag beinhaltet Leistungen der Auslands-
 Krankenergänzungsversicherung (AKEV).

Reiseland

 Falls der Beitrag für die AKEV als Sofortabschluss überwiesen
 wurde, bitte einen Überweisungsnachweis beilegen.

Reisezeitraum

 Die Leistungsabrechnung soll **ausnahmsweise**
 an folgende Person gesandt werden (Ehegatte/in
 bzw. Lebenspartner/in, Bevollmächtigte/r, Kind).

Name, Vorname

Straße

 Eine dauerhafte Bevollmächtigung oder Adressänderung
 melden Sie uns bitte extra.

PLZ, Ort

 Die Zahlung soll **ausnahmsweise** an folgende
 Bankverbindung erfolgen.

Kontoinhaber

 Eine dauerhafte Änderung Ihrer Bankverbindung
 melden Sie uns bitte extra.

IBAN

BIC

Die beantragten Leistungen sind Folge eines Unfalls, einer Verletzung oder eines anderen schädigenden Ereignisses.

Ja ☐

Nummer (Belege)

☐

Bitte eine kurze Schilderung des Verletzungshergangs beifügen. Sollte es sich um einen Dienst-/Schulunfall handeln, reichen Sie bitte entsprechende Belege immer zuerst bei der Unfallkasse bzw. der gesetzlichen Unfallversicherung ein.

Die medizinische Behandlung erfolgte durch einen Angehörigen (Ehegatten/in oder Lebenspartner/in, Elternteil oder Kind).

Ja ☐

Nummer (Belege)

☐

Es gibt Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen, die ich der PBeaKK bisher nicht gemeldet habe.

Ja ☐

Diese Änderungen betreffen:

Mich ☐

Dies sind z. B. Änderungen in den familiären Verhältnissen, der Wegfall des Familienzuschlags, eine neue Beschäftigungsstelle, verändertes Einkommen des/der Ehegatten/in oder Lebenspartner/in, die Versetzung in den Ruhestand. Das Änderungsformular erhalten Sie u.a. auf www.pbeakk.de.

Ehegatte/in oder Lebenspartner/in ☐

Kind (Vorname Name)

☐☐

Das Änderungsformular habe ich dem Antrag beigelegt.

Ja ☐

☐

Antrag auf Beihilfe

Ich beantrage die Berechnung und Auszahlung der beamtenrechtlichen Beihilfe.

Anspruch auf Beihilfe besteht, wenn der Antrag innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen bzw. nach Ausstellen der Rechnung gestellt wird. Beihilfe wird gezahlt, wenn die geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung unbilliger Härten können Ausnahmen zugelassen werden.

Ich willige ein, dass die mit diesem Antrag auf Leistungen der PBeaKK und der Privaten Pflegepflichtversicherung erhobenen und durch Unterstützung von Auftragnehmern der PBeaKK verarbeiteten personenbezogenen Daten einschließlich der in den Belegen enthaltenen Gesundheitsdaten zur Berechnung und Zahlung der Beihilfeleistungen verwendet werden.

Die Vorlage folgender Nachweise ist nur erforderlich, wenn Sie Beihilfe für Angehörige beantragen, die nicht bei der PBeaKK mitversichert sind:

Beihilfe für meine/n nicht bei der PBeaKK mitversicherte/n Ehegatten/in oder Lebenspartner/in

Beizufügen sind der Einkommensteuerbescheid des 2. Kalenderjahres vor Beantragung der Leistung sowie eine Versicherungsbestätigung der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung bzw. eine Erklärung darüber, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte des/der Ehegatten/in oder Lebenspartner/in im laufenden Kalenderjahr die Grenze von 17.000 Euro bzw. 18.000 Euro nicht überschreiten werden. Leistungen anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung) müssen auf den Belegen ausgewiesen sein. Nicht relevante Daten können unkenntlich gemacht werden.

Beihilfe für mein im Familienzuschlag berücksichtigungsfähiges Kind

Beizufügen sind eine Versicherungsbestätigung der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung und eine Erklärung oder ein Nachweis, dass das Kind beim Mitglied im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig ist. Leistungen anderer Kostenträger (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung) müssen auf den Belegen ausgewiesen sein. Nicht relevante Daten können unkenntlich gemacht werden.

Besteht für die beantragte Beihilfe ein weiterer Beihilfeanspruch gegenüber einem anderen Beihilfeträger, ist der Bescheid der Beihilfefestsetzungsstelle beizufügen.

Ort, Datum

Unterschrift Beihilfeberechtigte/r bzw. Bevollmächtigte/r

Zusätzlich ist die Unterschrift des bei der PBeaKK mitversicherten und selbst beihilfeberechtigten Angehörigen erforderlich, wenn Beihilfe beantragt wird.

Ort, Datum

zusätzliche Unterschrift der selbst beihilfeberechtigten Person