

Absender:

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

### Antrag auf wiederkehrende Auszahlung – Vollstationäre Pflege

Ich stelle einen Antrag auf wiederkehrende Auszahlung – Vollstationäre Pflege für bis zu 12 Monate.

Die Leistungen der vollstationären Pflege werden mir automatisch am Monatsanfang für den laufenden Monat auf das der PBeaKK bekannte Konto ausgezahlt.

---

Name der Pflegeeinrichtung

Anschrift

Institutionskennzeichen (IK)

In vollständiger Pflege seit (MM/JJJJ)

---

Jede Änderung (u.a. Wechsel der Pflegeeinrichtung, Änderung des Pflegegrades, Gutschriften wegen Abwesenheiten, Beendigung der Pflege) teile ich unaufgefordert und unverzüglich mit.

Ich verpflichte mich, die gegebenenfalls übersteigenden Zahlungen zurück zu erstatten.

Ort, Datum

---

Unterschrift Beihilfeberechtigte\*r bzw. bevollmächtigte Person