

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Antrag auf Festsetzung der Belastungsgrenze/n

Zur Befreiung von Eigenbehalten und zur Erstattung ärztlich/zahnärztlich verordneter, nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel wird die Festsetzung der persönlichen Belastungsgrenze/n für die Versicherungsleistungen der PBeaKK und/oder der Beihilfe nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) beantragt.

Dieser Antrag gilt für das Kalenderjahr.

Ich beantrage eine Belastungsgrenze von 1 %, da eine chronische Erkrankung nach der Chroniker- Richtlinie vorliegt.

Ja

Nein

Reichen Sie den „Nachweis einer chronischen Erkrankung“ ein, wenn im vorherigen Kalenderjahr noch keine Festsetzung über 1 % vorliegt.

Ich beziehe Einkommen der folgenden Besoldungs- bzw. Vergütungsgruppe.

Beurlaubte verbeamtete Personen geben ihre vor der Beurlaubung geltende Gruppe an.

Ich lebe in einer Ehe bzw. einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.

Ja

Nein

Das zugrunde gelegte Einkommen wird bei der Festsetzung der Belastungsgrenze um 15 % gemindert.

Es liegt eine gemeinsame steuerliche Veranlagung vor.

Ja

Nein

Das zugrunde gelegte Einkommen wird um den doppelten Kinderfreibetrag für die bei Ihnen im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder gemindert (siehe Seite 2).

Mein/e Ehe-/Lebenspartner*in ist: Selbst beihilfeberechtigt

Bitte die Daten zum Einkommen auf Seite 2 ergänzen.

Ja

Gesetzlich versichert

Ja

Privat versichert

Bitte die Daten zum Einkommen auf Seite 2 ergänzen.

Ja

Folgende Person bezieht Sozialhilfe.

Vorname

Bzw. die Kosten der Unterbringung in einem Heim werden von einem Träger der Sozialhilfe oder der Sozialen Entschädigung oder der Soldatenentschädigung getragen.

Name

Bitte aktuellen Nachweis beilegen.

Geburtsdatum

Einkommen aus dem Vorkalenderjahr

Im Vorkalenderjahr habe ich bzw. mein nicht gesetzlich versicherter Ehe-/Lebenspartner folgende Einkommen bezogen.

Bitte Einkommensnachweise in **Kopie** beilegen, es erfolgt keine Rückgabe. Nicht relevante Angaben in den Einkommensnachweisen können geschwärzt sein.

Dienst-/Versorgungsbezüge bzw. tarifliche Einkommen Bezügemitteilung Dezember des Vorkalenderjahres	Mitglied	Ehe-/Lebenspartner*in
Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung Rentenbescheide/Rentenanpassungen für das Vorkalenderjahr	Mitglied	Ehe-/Lebenspartner*in
Rente aus einer zusätzlichen Alters- und/oder Hinterbliebenenversorgung Rentenbescheide für das Vorkalenderjahr	Mitglied	Ehe-/Lebenspartner*in
Zusätzliche Einkünfte aus selbständiger und nicht selbständiger Arbeit gemäß § 2 Absatz 2 Einkommensteuergesetz (zum Beispiel Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Einkünfte aus Land- u. Forstwirtschaft) Einkommensteuerbescheid des Vorkalenderjahres beifügen	Mitglied	Ehe-/Lebenspartner*in
Einkünfte gemäß § 2 Einkommensteuergesetz (zum Beispiel Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit, Miete, Pacht, Kapitalerträge) Einkommensteuerbescheid des Vorkalenderjahres beifügen, falls Ehe-/Lebenspartner*in nicht gesetzlich versichert ist		Ehe-/Lebenspartner*in
Im Vorkalenderjahr wurden keine Einkünfte bezogen.		Ehe-/Lebenspartner*in
Folgende Kinder sind bei mir Familienzuschlag (FZ) berücksigungsfähig. Falls der Familienzuschlag unterjährig/zwischenzeitlich weggefallen ist, bitte Datum des Wegfalls angeben. Falls mehr als 2 Kinder betroffen sind, bitte Angaben ergänzen.	Kind 1 Vorname, Geb.-datum im FZ berücksichtigt Datum Wegfall des FZ Kind 2 Vorname, Geb.-datum im FZ berücksichtigt Datum Wegfall des FZ	Mitglied Ehe-/Lebenspartner*in Mitglied Ehe-/Lebenspartner*in

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied bzw. bevollmächtigte Person

Antrag auf Festsetzung Belastungsgrenze Beihilfe für mitversicherte selbst beihilfeberechtigte Angehörige

Ich bin mitversicherte*r Angehörige*r und selbst beihilfeberechtigt. Hiermit beantrage ich die Festsetzung der Belastungsgrenze für die von der PBeaKK berechnete Beihilfe.

Ort, Datum

Unterschrift selbst beihilfeberechtigte Person bzw. bevollmächtigte Person