

Name der Dienststelle

Straße, Haus-Nr. oder Postfach:

PLZ, Ort:

Datum:

Auskunft erteilt:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

E-Mail (Fortsetzung):

Zeichen:

Kommunaler Versorgungsverband
Brandenburg
- Beihilfekasse Mitgliedschaften -
Postfach 12 09
16771 Gransee

Mitteilung der aktiven Beihilfeberechtigten am 1. Januar 2021

Bitte die beihilfeberechtigten aktiven Mitarbeiter angeben und ankreuzen, welcher Umlagegruppe diese angehören

lfd. Nr.	Name, Vorname	Geburtsdatum	Umlagegruppen			
			(bitte entsprechende Gruppe ankreuzen)			
			1	2	3	4
1			Kranken- versiche- rungspflich- tige	freiw. Kran- kenversicher- te mit Arbeitgeberz u-schuss (§257 SGB V)/ Pauschale Beihilfe (§ 62 (6) LBG)	freiw. Vers. in gesetzlicher Kranken- kasse/Ersatz -kasse ohne Arbeitgeber- zuschuss	alle übrigen Anspruchsbe -rechtigten (nicht oder privat versichert)
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
Summen:						

Unterschrift

ggf. Dienstsiegel