Kommunaler Versorgungsverband Brandenburg
Versorgungskasse

Aktualisierungsmitteilung - Pauschale Beihilfe für Versorgungsempfänger

Kommunaler Versorgungsverband Brandenburg
-Versorgungskasse-
Rudolf-Breitscheid-Str. 64
16775 Gransee

Angaben zur beihilfeberechtigten Person	
Aktenzeichen	
MGL-Nr.	
Nachname, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

Ich beantrage unwiderruflich die Gewährung einer pauschalen Beihilfe gemäß § 62 Abs. 6 Beamtengesetz für das Land Brandenburg (LBG) und **verzichte auf individuelle Beihilfe** nach § 62 Abs. 3 bis 5, 7 LBG für mich und meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen

ab: (frühestens ab 01.01.2020 bzw. ab Beginn des Antragsmonats)

Beihilfeberechtigter Antragsteller

☐ Beihilfeberechtigt gemäß § 62 Abs. 1 LBG (z. B. Beamte, Richter, Versorgungsempfänger)

☐ Beihilfeberechtigung bei Nichtzahlung von Bezügen wegen Ruhens- oder Anrechnungsregelungen

Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung	
Wie sind Sie versichert?	☐ freiwillig gesetzlich krankenversichert ☐ 100 v. H. privat krankenversichert
Höhe des Krankenversicherungsbeitrags (bei privater Versicherung: Höhe des Beitrags für SGB V entsprechenden Leistungsumfang: Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 Einkommensteuergesetz bitte beifügen.)	(Nachweis beifügen) _____
Erhalten Sie einen Beitrag oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Rententräger)?	☐ Ja (Nachweis beifügen) ☐ Nein

Kommunaler Versorgungsverband Brandenburg
Versorgungskasse

Berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatte/eingetragener Lebenspartner)

Nachname, Vorname	
Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung	
Wie ist Ihr Ehegatte/Lebenspartner versichert?	☐ familienversichert ☐ freiwillig gesetzlich versichert ☐ Pflichtversicherung GKV ☐ privat versichert
Höhe des Krankenversicherungsbeitrags (bei GKV Gesamtbetrag) (bei <u>privater</u> Versicherung Höhe des Beitrags für SGB V entsprechenden Leistungsumfang: Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 Einkommensteuergesetz bitte beifügen.)	_____ (Nachweis beifügen)
Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 i. V. m. Abs. 5a Einkommensteuergesetz) im zweiten Jahr vor dem Anspruchsjahr 20.000 Euro?	☐ Ja ☐ Nein (Nachweis beifügen)
Wird ein Beitrag (z. B. ein Arbeitgeberbeitrag) oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Rententräger) gewährt?	☐ Ja (Nachweis beifügen) ☐ Nein

Berücksichtigungsfähige Angehörige (Kinder)

Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder, für die eigene Beiträge gezahlt werden:

Vorname und ggf. abweichender Nachname	ab	(ggf. bis)	Geburtsdatum	Krankenversicherungsbeitrag (Nachweis beifügen)
Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung:				
Wie ist Ihr Kind versichert?			☐ familienversichert ☐ freiwillig gesetzlich versichert ☐ Pflichtversicherung GKV ☐ privat versichert	
Wird ein Beitrag (z. B. ein Arbeitgeberbeitrag) oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Rententräger) gewährt?			☐ Ja (Nachweis beifügen) ☐ Nein	

Vorname und ggf. abweichender Nachname	ab	(ggf. bis)	Geburtsdatum	Krankenversicherungsbeitrag (Nachweis beifügen)
Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung:				
Wie ist Ihr Kind versichert?			☐ familienversichert ☐ freiwillig gesetzlich versichert ☐ Pflichtversicherung GKV ☐ privat versichert	
Wird ein Beitrag (z. B. ein Arbeitgeberbeitrag) oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Rententräger) gewährt?			☐ Ja (Nachweis beifügen) ☐ Nein	

Vorname und ggf. abweichender Nachname	ab	(ggf. bis)	Geburtsdatum	Krankenversicherungsbeitrag (Nachweis beifügen)
Name der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung:				
Wie ist Ihr Kind versichert?			☐ familienversichert ☐ freiwillig gesetzlich versichert ☐ Pflichtversicherung GKV ☐ privat versichert	
Wird ein Beitrag (z. B. ein Arbeitgeberbeitrag) oder Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Rententräger) gewährt?			☐ Ja (Nachweis beifügen) ☐ Nein	

Weitere Ansprüche:

Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Anspruch auf Heilfürsorge oder eine anderweitige Beihilfeberechtigung (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen, aufgrund eines beamtenrechtlichen oder sonstigen Versorgungsanspruchs, eines Abgeordnetenmandats oder aus sonstigen Gründen)?	☐ Ja, für folgende Person/en bei (Angabe des Dienstherrn) ☐ Nein

Kommunaler Versorgungsverband Brandenburg
Versorgungskasse

Erklärung des Beihilfeberechtigten

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, die zu Veränderungen des Anspruchs auf pauschale Beihilfe führen können, unverzüglich mitzuteilen. Weiterhin habe ich Beitragsänderungen und Beitragserstattungen sofort anzuzeigen und zu viel gezahlte Beihilfe zurückzuzahlen. Für die Entrichtung der Krankenversicherungsbeiträge bin ich allein verantwortlich.

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich meine Krankenkasse bzw. meine private Krankenversicherung von der Schweigepflicht gegenüber der Versorgungskasse entbinde. Diese kann sich direkt mit meiner Krankenkasse bzw. privaten Krankenversicherung zur Klärung von Fragen in Verbindung setzen, soweit die pauschale Beihilfe betroffen ist.

Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe ist unwiderruflich. Dies bedeutet, dass ich zukünftig keinen Anspruch auf eine ergänzende Beihilfe zu einzelnen krankheitsbedingten Aufwendungen, für die Behandlung von Behinderungen, in Geburtsfällen, für Maßnahmen zur Empfängnisregelung und -verhütung, bei künstlicher Befruchtung sowie in Ausnahmefällen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, zur Früherkennung von Krankheiten und zu Schutzimpfungen und bei Organspenden nach § 62 Abs. 3 LBG habe. Die Erstattung entsprechender Aufwendungen richtet sich allein nach den Bedingungen meiner Krankenvollversicherung. Bei einem Wechsel aus der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung in ein Versicherungsverhältnis der privaten Krankenversicherung oder umgekehrt oder bei Änderung des Krankenversicherungsumfangs wird die pauschale Beihilfe höchstens in der vor der Änderung gewährten Höhe gewährt.

Das Informationsblatt zur **pauschalen Beihilfe** habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen

Bitte fügen Sie dieser Aktualisierungsmitteilung aktuelle Unterlagen bei, aus denen sich die von Ihnen und Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu entrichtende Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bzw. über die von Ihnen und Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu entrichtenden Beiträge zur privaten Krankenvollversicherung für Leistungen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach SGB V vergleichbar sind, ergeben. Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatten oder Lebenspartner) fügen Sie bitte auch einen Nachweis über deren Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor dem Jahr der Antragstellung bei (Einkommensteuerbescheid).

Ort, Datum	Unterschrift

Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen: ☐ Vollmacht liegt vor

☐ Vollmacht ist beigefügt