Änderungsmitteilung pauschale Beihilfe

KVBW
Beihilfe

Kommunaler Versorgungsverband
Baden-Württemberg
- Beihilfeabteilung -
Postfach 10 01 61
76231 Karlsruhe

BF **Beihilfeberechtigter**

Beihilfenummer

Name

Vorname

Geburtsdatum | Telefonnummer (Angabe freigestellt)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Hinweis:

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter www.kvbw.de/Informationspflichten.

1. Die pauschale BF wird regelmäßig und wiederkehrend für die Dauer von zwölf Monaten ohne neuen Antrag ausgezahlt. Nach Ablauf des Zeitraums wird die pauschale BF automatisch gestoppt. Um die pauschale Beihilfe nach einem Jahr wieder festsetzen zu können, benötigen wir von Ihnen eine schriftliche Bestätigung, dass es zu keinen Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen kam, welche zu einer Veränderung des Anspruchs auf die pauschale Beihilfe führte. Dies können Sie mit der vorliegenden Aktualisierungsmitteilung bestätigen.

Wenn sich Änderungen in Ihren Voraussetzungen ergeben haben, fügen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis bei. Sofern im festgesetzten Zeitraum bereits eine Änderung in den Voraussetzungen mitgeteilt wurde, verlängert sich der Bewilligungszeitraum ab dem Zeitpunkt der eingetretenen Änderung um weitere zwölf Monate.

2. Haben sich Änderungen bei Ihrer freiwilligen Krankenversicherung oder privaten Krankheitskostenvollversicherung ergeben, die zu einer Veränderung des Auszahlungsbetrags der pauschalen Beihilfe führen?

☐ nein
☐ ja, folgendes (bitte entsprechende Nachweise beifügen)

- ☐ Beitragsänderung in der freiwilligen Krankenversicherung oder privaten Krankheitskostenvollversicherung
- ☐ Beitragsrückerstattung/en durch die Krankenversicherung
- ☐ Änderung der Zuschusshöhe zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. Rentenversicherungsträger oder Arbeitgeber)
- ☐ sonstige Änderungen:

3. Haben sich Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen ergeben?

☐ nein
☐ ja, folgendes

Derzeitiger bzw. letzter Dienstherr/Arbeitgeber

Beschäftigungszeitraum

vom | bis | Elternzeit/Pflegezeit vom | bis

Beurlaubt ohne Bezüge vom | bis

BF - PB_1.1.1_Änderungsmitteilung_pauschale_Beihilfe

Beihilfenummer

KVBW
Beihilfe

4. 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 Beitragsrückerstattungen sofort anzuzeigen. Eventuell zuviel gewährte Leistungen werden mit zukünftigen Zahlungen der pauschalen Beihilfe verrechnet. Für die Entrichtung der Krankenversicherungsbeiträge bin ich allein verantwortlich. Einen Wechsel des Dienstherrn/Arbeitgebers werde ich unverzüglich mitteilen.

Datum	Unterschrift	
		Unterschreibt eine andere Person als der Beihilfeberechtigte, müssen Sie einmalig eine Vollmacht vorlegen.

BF - PB_1.1.1_Änderungsmitteilung_pauschale_Beihilfe