

# Ergänzungsblatt „Persönliche Daten“ Vertragskunden

# Performa Nord

Ausgefüllt und unterschrieben zurück an

Performa Nord  
Beihilfefestsetzungsstelle  
Schillerstr. 1  
28195 Bremen

Eingangsstempel Performa Nord

Zutreffendes bitte ankreuzen

Beihilfeberechtigte Person	
4-stellige Kundennummer & 7-stellige Personalnummer	Telefon <i>(freiwillige Angabe)</i>
Name, Vorname	Geburtsdatum
Eintrittsdatum in den öffentlichen Dienst	E-Mail <i>(freiwillige Angabe)</i>
Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens ein Jahr ununterbrochen im bremischen öffentlichen Dienst tätig bin.	Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens zehn Jahre dem öffentlichen Dienst angehöre.

Wichtige Hinweise
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Bei <b>erstmaliger Antragstellung</b> oder bei <b>Änderungen</b> der persönlichen Daten bitte das <b>Blatt „Persönliche Daten“</b> beilegen.</li> <li>▶ Bitte füllen Sie nur die Rubriken aus, in denen sich Änderungen ergeben haben. <b>(Nur die neuen Daten eintragen)</b></li> <li>▶ Beachten Sie bitte das <b>Blatt „Ausfüllhinweise“</b>. Hier finden Sie weitere Informationen und welche Anlagen beigefügt werden müssen.</li> <li>▶ <b>Formulare</b> finden Sie im Internet unter <a href="https://performanord.bremen.de">https://performanord.bremen.de</a> unter der Rubrik Dokumente → Beihilfe &amp; Heilfürsorge</li> </ul>

1. Anschrift	<i>(bitte die Ausfüllhinweise beachten)</i>
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	

2. Bankverbindung	
Hiermit bestätige ich, dass die Auszahlung abweichend vom Gehaltskonto ausgezahlt werden soll.	Name Kontoinhaber:in
IBAN	BIC

3. Arbeitsverhältnis			
Status	Beamter:in	Versorgungsempfänger:in	Arbeitnehmer:in
Arbeitszeit	vollzeitbeschäftigt	teilleistbeschäftigt mit	Wochenstunden
			Passive Altersteil- / Elternzeit

4. Ehe- bzw. eingetragene:r Lebenspartner:in <span style="float: right;">(bitte die Ausfüllhinweise beachten)</span>		
Name, Vorname	selbst beihilfeberechtigt ja                      nein	Geburtsdatum  
verheiratet bzw. eingetragen seit	geschieden bzw. aufgehoben seit	verwitwet bzw. Partner:in verstorben seit

5. Kinder		
Werden / Wurden Kinder während der letzten zwölf Kalendermonate bei der Beihilfeberechtigten Person im Familien- / Sozialzuschlag berücksichtigt?		
		ja                      nein
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Berücksichtigungszeitraum (von / bis)

6. Kranken- und Pflegeversicherungsschutz									
	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung				versichert seit	nicht versichert
	Prozenttarife			pflicht-versichert	freiwillig versichert	versichert bei			
	ambulant in %	stationär in %	Zahn in %					Beihilfe-berechtigte Person	Ehe- bzw. Lebens-partner:in
Beihilfeberechtigte Person						<del> </del>	<del> </del>		
Ehe- bzw. Lebenspartner:in						<del> </del>	<del> </del>		
Name Kind									
Name Kind									
Name Kind									
Name Kind									
▶ Nachweise						sind beigelegt		liegen bereits vor	

7. Todesfall
Die beihilfeberechtigte Person ist verstorben am

8. Abweichende antragstellende Person <span style="float: right;">(bitte die Ausfüllhinweise beachten)</span>		
<i>(nur auszufüllen, wenn Sie nicht die beihilfeberechtigte Person sind)</i>		
Bevollmächtigte:r	Kind, Ehe- oder Lebenspartner:in	sonstige:r Erbe:in
Name, Vorname (der antragstellenden Person)		
Anschrift		
▶ Nachweis		
		ist beigelegt                      liegt bereits vor

9. Zusendung von Antragsformularen	
Ich benötige:	
Antrag - Krankheitsbedingte Aufwendungen	Ergänzungsblatt „Persönliche Daten“
Antrag - Pflegebedingte Aufwendungen	Ergänzungsantrag bei vollstationärer Pflege
Ausfüllhinweise	Folgendes

10. Unterschrift	
Ich versichere mit dem Einreichen dieses Ergänzungsblattes die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.	
Ort, Datum	Unterschrift