

Hollerithstraße 11
81829 München

Commerzbank AG
München
IBAN:
DE98700800000564460400
BIC:
DRESDEFF700



**Versicherungsschein-Nr. [REDACTED]
Änderungen in der Beihilfe**

Guten Tag [REDACTED]

Ihre Beihilfestelle hat Sie bestimmt schon informiert: Zum 01. Januar 2024 erhöhen sich die Beihilfesätze in Sachsen für aktive Bedienstete und deren berücksichtigungsfähige Angehörige.

Beihilfebemessungssätze: Was ändert sich konkret?

- Aktive Bedienstete mit einem Kind erhalten künftig 70 Prozent Beihilfe
- Ab dem zweiten Kind erhalten aktive Bedienstete künftig 90 Prozent Beihilfe
- Berücksichtigungsfähige Kinder erhalten 90 Prozent Beihilfe
- Berücksichtigungsfähige Ehe- und Lebenspartner/innen erhalten ebenfalls 90 Prozent Beihilfe

Sollten Sie von den Änderungen betroffen sein, können wir Ihre Beihilfetarife bis zum 30.06.2024 ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten rückwirkend anpassen und reduzieren. Bitte senden Sie uns das mitgesendete Beiblatt zeitnah ausgefüllt und unterschrieben zurück. Dann sinkt Ihr Beitrag bereits zum 01.01.2024. Bitte reichen Sie auch Ihren Beihilfebescheid ein.

Ergeben sich aufgrund Ihrer gemachten Angaben keine betragsrelevanten Änderungen, erhalten Sie diesbezüglich keine weiteren Unterlagen von uns.

Haben Sie noch Fragen? Dann rufen Sie uns einfach an. Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Matthias Effinger

Dr. Roland Schäfer

Datum
04.12.2023

Ihr Ansprechpartner
Leistungsservice

Telefon
(089) 4124-8300

Fax
(089) 4124-9601

e-Mail/Internet
Leistungsservice-kv
@ARAG.de
www.ARAG.de

Bitte zurücksenden an:

ARAG Krankenversicherung
Hollerithstraße 11
81829 München

Angaben zum Beihilfestatus

Versicherte Person:



Ihre Versicherungsschein-Nummer:



Dienstherr:

Bundesland Sachsen

Bund

anderer Dienstherr: _____

Beihilfestatus (nur ankreuzen, wenn zutreffend):

Ich bin:

Beamter/Beamtin (auf Probe oder Lebenszeit)*

Berücksichtigungsfähiger Partner/in

Beamtenanwärter/in*

berücksichtigungsfähiges Kind

* Anzahl berücksichtigungsfähiger Kinder:

keine Kinder

ein Kind

zwei Kinder

mehr Kinder, Anzahl _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Versicherungsschutz aufgrund der oben gemachten Angaben angepasst wird.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Gut zu wissen: Sparen Sie Papier und Porto

Am einfachsten übermitteln Sie uns das Formular elektronisch –
mit der ARAG GesundheitsApp oder per E-Mail an: anfrage-kv@arag.de