

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
Maximilianstraße 53
81537 München

BPEP

Versicherungsnummer

Antrag auf Beihilfe und Zusatzversicherungsleistungen
für 2 Beihilfeberechtigte / Hauptversicherte

Antragssumme

1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname des 1. Beihilfeberechtigten / Hauptversicherten Geburtsdatum
Name, Vorname des 2. Beihilfeberechtigten / Hauptversicherten Geburtsdatum
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Bankverbindung

Kontoinhaber Kreditinstitut
IBAN DE BIC

Familienstand ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden verwitwet seit

2. Angaben zum 1. Beihilfeberechtigten / Hauptversicherten

Beamter Angestellter/Arbeiter Angestellter mit beamt. Versorg./DO-Angest. Saisonarbeiter Vers.-Empf./Rentner
 auf Widerruf seit

Beschäftigungsbeginn Dienstherr/Arbeitgeber vollzeitbeschäftigt
 teilzeitbeschäftigt seit Wochenstunden

Bei Teilzeitbeschäftigten:
Die Regelarbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt Wochenstunden Altersteilzeit (auch aktive Phase) seit Wochenstunden

in Elternzeit von bis mit ohne Beschäftigung Beschäftigungsverhältnis endet zum

Nur ausfüllen, wenn zusätzlich Beihilfe als berücksichtigungsfähiger Angehöriger vom 2. Beihilfeberechtigten beantragt wird.

Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) lt. Steuerbescheid – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen
im Vorvorkalenderjahr über 18 000 Euro unter 18 000 Euro
im vergangenen Kalenderjahr über 18 000 Euro unter 18 000 Euro

Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner: Ich beziehe seit

Ruhegehalt/Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen Rente Vollwaisengeld

Telefon E-Mail-Adresse (falls gewünscht) Telefax

3. Angaben zum 2. Beihilfeberechtigten / Hauptversicherten

Beamter Angestellter/Arbeiter Angestellter mit beamt. Versorg./DO-Angest. Saisonarbeiter Vers.-Empf./Rentner
 auf Widerruf seit

Beschäftigungsbeginn Dienstherr/Arbeitgeber vollzeitbeschäftigt
 teilzeitbeschäftigt seit Wochenstunden

Bei Teilzeitbeschäftigten:
Die Regelarbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt Wochenstunden Altersteilzeit (auch aktive Phase) seit Wochenstunden

in Elternzeit von bis mit ohne Beschäftigung Beschäftigungsverhältnis endet zum

Nur ausfüllen, wenn zusätzlich Beihilfe als berücksichtigungsfähiger Angehöriger vom 1. Beihilfeberechtigten beantragt wird.

Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) lt. Steuerbescheid – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen

im Vorvorkalenderjahr über 18 000 Euro unter 18 000 Euro

im vergangenen Kalenderjahr über 18 000 Euro unter 18 000 Euro

Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner: Ich beziehe seit

Ruhegehalt/Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen Rente Vollwaisengeld

Telefon E-Mail-Adresse (falls gewünscht) Telefax

BITTE IMMER AUSFÜLLEN

4. Im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder bzw. Kinder, für die Kindergeldanspruch besteht (auch Kinder, für die bei einer zweiten Berufsausbildung oder einem Zweitstudium nur wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit kein Kindergeld zusteht).

Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen geltend gemacht werden Vorname, ggf. Familienname	Geburtsdatum	Welche Person (Name) erhält das Kindergeld?	Art der Ausbildung (Schulbildung, Berufsausbildung, Studium)	von		bis	
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wegfall des Kindergeldanspruchs (gilt auch bei Wehrdienst) Vorname seit

Wiedergewährung Kindergeld nach einer Unterbrechung Vorname seit

Hat eines der Kinder einen eigenen Beihilfeanspruch? Vorname seit
Arbeitgeber

5. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

Personen	Bei gesetzlicher Krankenversicherung			Private Zusatzversicherung	Bei privater Krankenversicherung				Nicht versichert
	pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert		■ Bei erstmaliger Antragstellung bzw. bei Tarifänderung bitte einen Nachweis beifügen				
					Ambulant Prozenttarif	Stationär Prozenttarif	Zahn- behandlung Prozenttarif	Zahn- ersatz Prozenttarif	
1. Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? (nur bei freiwilliger oder privater Krankenversicherung)

nein ja Wer gewährt den Zuschuss? Arbeitgeber Rentenversicherungsträger

1. Antragsteller Höhe des Zuschusses mtl. Euro seit Höhe des Beitrags (ohne Anteil Krankenhaustage- und Sterbegeld sowie ohne Beitrag für Pflegeversicherung)

2. Antragsteller Höhe des Zuschusses mtl. Euro seit mtl. Euro

7. Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger

einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz) oder erhalten Sie einen weiteren Versorgungsbezug?

nein ja ► ■ Bitte Nachweis oder Bescheid beifügen.

8. Nur ausfüllen bei Unfällen (Ein Unfall ist ein plötzlich auf den Körper einwirkendes Ereignis, das eine Körperschädigung zur Folge hat)

Es handelt sich um

- einen Dienstatunfall
 einen Arbeitsunfall/Schulunfall
 einen Privatunfall
 eine Berufskrankheit
 ein anderes schädigendes Ereignis

Unfalldatum	Liegt ein Fremdverschulden vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
-------------	--	---

Um welche Belege handelt es sich? Beleg-Nr.

Für die Unfallschilderung und alle notwendigen Angaben bitte ein Zusatzblatt verwenden!

Gegebenenfalls Versicherungsgesellschaft und Aktenzeichen angeben:

9. Nur ausfüllen bei Behandlung durch einen Angehörigen

Die Behandlung wurde durch einen nahen Angehörigen durchgeführt (nahe Angehörige sind Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern und Kinder der behandelten Person)?

ja nein
 Name des nahen Angehörigen

10. Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen im Ausland entstanden sind

- Aufwendungen sind aus dienstlichem Anlass entstanden
 Aufwendungen sind aus privatem Anlass entstanden

Reise von bis in (Land)

Besteht eine private Auslandsreisekrankenversicherung nein ja

11. Zusammenstellung der Aufwendungen

Wenn Sie uns bei der Antragsbearbeitung behilflich sein wollen, tragen Sie hier bitte die einzelnen Belege nach Personen geordnet ein (evtl. Zusatzblatt verwenden).

Bel.-Nr.	Person (Antragst., Ehegatte, Kinder)	Rechnungs-betrag	Währung	Bel.-Nr.	Person (Antragst., Ehegatte, Kinder)	Rechnungs-betrag	Währung
Gesamtsumme							

Hinweise zum Erstattungsantrag:

- Wenn Aufwendungen für einen stationären Krankenhausaufenthalt geltend gemacht werden, benötigen wir neben der Rechnung des Krankenhauses die Entlassungsanzeige.
- Wir geben grundsätzlich keine Belege mehr zurück.
- Verwenden Sie bitte keine Heftklammern.
- Manches lässt sich telefonisch schneller klären – deshalb unser Serviceangebot für Sie:

Mit Ihrer Zustimmung fordern wir direkt bei den Leistungserbringern alle für die Abrechnung relevanten Daten an, wenn diese einmal fehlen sollten. So haben Sie keinen Aufwand damit und wir können Ihren Antrag zügiger bearbeiten.

Bitte kreuzen Sie hier, wenn Sie damit **einverstanden** sind:

- Ja**, wir sind damit einverstanden, dass die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG alle zur Bearbeitung dieses Antrages notwendigen, aber eventuell noch fehlenden Daten (wie beispielsweise Verordnungen oder Laborrechnungen) – soweit möglich – direkt bei den jeweiligen Leistungserbringern (wie beispielsweise Ärzten oder Zahnärzten) für uns anfordert. Die jeweiligen Leistungserbringer entbinde ich von ihrer Schweigepflicht. Wir werden darüber vorher nicht ausdrücklich informiert. Zum Beweis unseres Einverständnisses darf die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG eine Kopie dieses Blattes an den Leistungserbringer weiterleiten.

Bitte kreuzen Sie hier, wenn Sie damit **nicht einverstanden** sind:

- Wir möchten fehlende Unterlagen selbst bei den jeweiligen Leistungserbringern anfordern und an die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG weiterleiten.

Wir versichern nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit unserer Angaben. Durch unrichtige Angaben (z. B. bezüglich des Einkommens des Ehegatten) erwirkte Beihilfeleistungen werden zurückgefordert. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurden bisher keine Leistungen beantragt.

Ort, Datum	Unterschrift des 1. Beihilfeberechtigten / Hauptversicherten
	Unterschrift des 2. Beihilfeberechtigten / Hauptversicherten