

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
Maximilianstraße 53
81537 München

Versicherungs-Nr.

Antrag auf Beihilfe

Antragssumme

1. Persönliche Daten Bitte immer ausfüllen!

Name, Vorname des Beihilfeberechtigten Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon tagsüber Telefon privat Telefax

Bankverbindung

Kontoinhaber Kreditinstitut

IBAN DE BIC

2. Antragsteller

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

Beschäftigungsbeginn Dienstherr/Arbeitgeber vollzeitbeschäftigt teilzeitbeschäftigt
 Bei Teilzeitbeschäftigten: Die Regelarbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt Wochenstunden Altersteilzeit seit Wochenstunden

in Elternzeit von bis mit ohne Beschäftigung Beschäftigungsverhältnis endet zum

Familienstand ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden verwitwet seit

Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner: Ich beziehe seit

Ruhegehalt/Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen Rente Vollwaisengeld

3. Ehegatte/eingetragener Lebenspartner

Name, Vorname des Ehegatten/eingetragener Lebenspartner Geburtsdatum

Berufstätig in den letzten 12 Monaten? nein ja
 Beamter/Versorg.-Empf./Angest. m. beamtenrechtl. Versorgung Angestellter/Arbeiter Hausfrau/mann in Elternzeit Rentner selbst./freiberufl.

Arbeitgeber tätig seit

Eigener Beihilfeanspruch? nein ja Teilzeitbeschäftigt? nein ja seit wann Wo.-Std.

Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners (§ 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

315344 12/13 VO

BITTE IMMER AUSFÜLLEN

4. Im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder, Kinder für die Kindergeldanspruch besteht (auch Kinder, für die nur wegen der Höhe ihrer Einkünfte 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 (Schulausbildung, Berufsausbildung, Studium)	von		bis	
1.						
2.						
3.						
4.						

Wegfall des Kindergeldanspruchs (gilt auch bei Wehr- oder Zivildienst) 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	Versicherung im Basis- bzw. Standardtarif	
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="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/eingetr. Lebenspartner	<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="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="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="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="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="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

<input type="checkbox"/> Antragsteller	Höhe des Zuschusses	mtl. <input type="text"/> Euro	seit <input type="text"/>	Höhe des Beitrags (ohne Anteil Krankenhaustage- und Sterbegeld sowie ohne Beitrag für Pflegeversicherung)
<input type="checkbox"/> Ehegatte/eingetr. Lebenspartner	Höhe des Zuschusses	mtl. <input type="text"/> Euro	seit <input type="text"/>	

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? nein ja Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? nein 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).

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

Hinweise zum Erstattungsantrag:

Bitte reichen Sie uns nur noch Kopien bzw. Duplikate ein. Wir geben grundsätzlich keine Belege mehr zurück.

Wird die Beihilfe von Erben oder Erbengemeinschaften beantragt, benötigen wir die Originalbelege.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner 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.

Wir bitten Sie, keine Heftklammern zu verwenden.

Ich willige ein, dass die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG die von mir eingereichten Rechnungen und medizinischen Unterlagen, auch soweit diese besonders geschützte personenbezogene Gesundheitsdaten enthalten, an einen von ihr beauftragten freiberuflichen Arzt oder Therapeuten weiterleitet, sofern dies im Einzelfall zur Leistungspflicht für diesen Antrag notwendig ist. Ferner entbinde ich die Angehörigen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und die für diese tätigen Geheimnisverpflichteten zu diesem Zweck von ihrer Schweigepflicht. Die aktuelle Liste der freiberuflichen Ärzte und Therapeuten, an die eine Weiterleitung aller Unterlagen erfolgen kann, ist unter www.versicherungskammer-bayern.de/consal-fachberater veröffentlicht. Die Liste kann auch bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG angefordert werden.

Die vorstehend zugunsten der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und den freiberuflichen Ärzten oder Therapeuten erteilten Einwilligungserklärungen können sowohl insgesamt als auch einzeln widerrufen werden. Dies hat keinen Einfluss auf den Bestand des Versicherungsverhältnisses / der Beihilfeberechtigung.

Ort, Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten, Hauptversicherten (eventuell Vollmacht vorlegen)