

Versicherungs-Nr.

BEHI

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
Maximilianstraße 53
81537 München

Antrag auf Beihilfe

Antragssumme

Werden Aufwendungen für (häusliche) Pflege geltend gemacht ja

1. Persönliche Daten Bitte immer ausfüllen!

Name, Vorname des Beihilfeberechtigten/Versicherungsnehmers <input type="text"/>		Geburtsdatum <input type="text"/>
Straße, Hausnummer <input type="text"/>		Postleitzahl, Ort <input type="text"/>
Telefon tagsüber <input type="text"/>	Telefon privat <input type="text"/>	Telefax <input type="text"/>
Bankverbindung		
Bank <input type="text"/>	Kontonummer <input type="text"/>	Bankleitzahl <input type="text"/>

2. Antragsteller Nur ausfüllen, wenn sich Änderungen seit der letzten Antragstellung ergeben haben.

<input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> Angestellter/ Arbeiter	<input type="checkbox"/> Angestellter mit beamt. Versorg./ DO-Angest.	<input type="checkbox"/> Saisonarbeiter	<input type="checkbox"/> Vers.-Empf./Renter seit <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> auf Widerruf				
Beschäftigungsbeginn <input type="text"/>	Dienstherr/Arbeitgeber <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit <input type="text"/>	Wochenstunden <input type="text"/>
in Elternzeit	von <input type="text"/>	bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung	Beschäftigungsverhältnis endet zum <input type="text"/>
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet seit <input type="text"/>
Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner: Ich beziehe seit <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Ruhegehalt/Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen	<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> Vollwaisengeld		

3. Ehegatte

Name, Vorname des Ehegatten <input type="text"/>		Geburtsdatum <input type="text"/>
Berufstätig in den letzten 12 Monaten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<input type="checkbox"/> Beamter/Versorg.-Empf./Angest. m. beamtenrechtl. Versorgung	<input type="checkbox"/> Angestellter/Arbeiter <input type="checkbox"/> selbst./freiberufl.	<input type="checkbox"/> Hausfrau/mann <input type="checkbox"/> Rentner
Arbeitgeber <input type="text"/>	tätig seit <input type="text"/>	
Eigener Beihilfeanspruch? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	seit wann <input type="text"/>	Wo.-Std. <input type="text"/>
Teilzeitbeschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) lt. Steuerbescheid

im Vorvorkalenderjahr	<input type="checkbox"/> über 18 000 Euro	<input type="checkbox"/> unter 18 000 Euro
im vergangenen Kalenderjahr	<input type="checkbox"/> über 18 000 Euro	<input type="checkbox"/> unter 18 000 Euro

4. Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

1. Kind	Vorname (ggf. Familienname)	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Schulausbildung/Studium <input type="checkbox"/> Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> eigener Beihilfeanspruch
2. Kind	Vorname (ggf. Familienname)	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Schulausbildung/Studium <input type="checkbox"/> Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> eigener Beihilfeanspruch
3. Kind	Vorname (ggf. Familienname)	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Schulausbildung/Studium <input type="checkbox"/> Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> eigener Beihilfeanspruch
4. Kind	Vorname (ggf. Familienname)	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Schulausbildung/Studium <input type="checkbox"/> Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> eigener Beihilfeanspruch

Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit des Kindes (Vorname) (gilt auch bei Wehr- und Zivildienst)

Vorname seit

Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach einer Unterbrechung (Vorname)

Vorname seit

5. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

Personen	Bei gesetzlicher Krankenversicherung (RVO- oder Ersatzkasse bzw. der knappschaftlichen Krankenversicherung)			Private Zusatzversicherung	Bei privater Krankenversicherung				Nicht versichert
	pfllicht-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		
Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Ehegatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<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="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>					<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="checkbox"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei Mutter <input type="checkbox"/> bei Vater	<input type="checkbox"/>					<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

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

Ehegatte Höhe des Zuschusses mtl. Euro seit mtl. Euro

7. Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger

eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

nein ja ▼

wer wann

Wird eine Rente bezogen?

nein ja ▼

wer seit

einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung? (z.B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen)

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

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!

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

Gegebenenfalls Versicherungsgesellschaft und Aktenzeichen angeben:

9. Nur ausfüllen bei Behandlung durch einen Angehörigen

Wurde die Behandlung durch einen nahen Angehörigen durchgeführt (nahe Angehörige sind Ehegatten, Eltern und Kinder der behandelten Person)?

nein ja

