

Erhebungsbogen für die Beihilfeablöseversicherung

Interessent

Körperschaft, Anstalt, Stiftung des öffentlichen Rechts – juristische Person des Privatrechts		
Anschrift		
Ansprechpartner	Telefon	Telefax
E-Mail		

Bisherige Beihilfegewährung

Höhe der Beihilfeleistungen in den letzten 3 Jahren

Jahr	Leistung	Jahr	Leistung	Jahr	Leistung
------	----------	------	----------	------	----------

Höhe der Beihilfeleistung im laufenden Jahr

Monat Januar bis	Leistung
------------------	----------

Besteht zurzeit eine anderweitige Beihilfeablöseversicherung? ja nein

Wenn ja, bei welchem Unternehmen?

Letzter Monatsbeitrag?

Angaben zum Gesundheitszustand der anzumeldenden Personen

	ja	nein	derzeit nicht bekannt
1. Befinden sich Personen in stationärer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Befinden sich Personen in heilpädagogischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Befinden sich Personen in einer Heilanstalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Besteht bei Personen Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wurde bei Personen eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Befinden sich Personen in Dialysebehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurde bei Personen eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert: Bluter oder Krebs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, geben Sie bitte genaue Erläuterungen an:

Alle Veränderungen im Gesundheitszustand der anzumeldenden Personen, soweit sie sich auf die Fragen 1.–7. beziehen, die bis zur Annahme des Antrags eintreten und dem Versicherungsnehmer bekannt werden, sind der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG umgehend schriftlich anzuzeigen.

1. Tragen Sie bitte die Anzahl Ihrer beihilfeberechtigten Beschäftigten ein.

Pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung	bis 66 Jahre	<input type="text"/>		
	ab 67 Jahre	<input type="text"/>		

2. Tragen Sie bitte die Anzahl Ihrer beihilfeberechtigten Beschäftigten, Versorgungsempfänger und die berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein.

		Männer	Frauen	Kinder
Freiwillig gesetzlich krankenversichert mit Arbeitgeberzuschuss	bis 66 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ab 67 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Freiwillig gesetzlich krankenversichert ohne Arbeitgeberzuschuss	bis 66 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ab 67 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Privat krankenversichert ohne Arbeitgeberzuschuss	bis 29 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	30 bis 39 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	40 bis 49 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	50 bis 59 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	60 bis 69 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	70 bis 79 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ab 80 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Privat krankenversichert mit Arbeitgeberzuschuss	bis 66 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ab 67 Jahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Interessenten

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
 – Beihilfeversicherung –
 Maximilianstraße 53
 81537 München

für Rheinland-Pfalz
 Pfälzische Pensionsanstalt – ppa –
 Abteilung Beihilfeversicherung
 Sonnenwendstraße 2
 67098 Bad Dürkheim