

BPEP

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG

Maximilianstraße 53
81537 München

Versicherungsnummer

Antragssumme

Antrag auf Beihilfe und Zusatzversicherungsleistungen

1. Persönliche Daten

Name, Vorname des Beihilfeberechtigten Geburtsdatum
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort
Telefon E-Mail-Adresse (falls gewünscht) Telefax

Bankverbindung (BITTE IMMER AUSFÜLLEN)

Kontoinhaber Kreditinstitut
IBAN BIC

2. Beihilfeberechtigter/Hauptversicherter

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

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/eingetragenen Lebenspartners Geburtsdatum

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

Arbeitgeber tätig seit

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

Dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) lt. Steuerbescheid – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen im Vorvorkalenderjahr über 22 648 Euro* unter 22 648 Euro* (Stand 2026) – nur bei Beihilferecht Bayern ankreuzen
im Vorvorkalenderjahr über 18 000 Euro unter 18 000 Euro – nur bei Beihilferecht Thüringen ankreuzen
*Vgl. auch Nr. 4 der Hinweise zum Erstattungsantrag auf der letzten Seite

BPEP

FNR315345

Seite 1 von 3 Seiten

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 (Schulausbildung, Berufsausbildung, Studium)	von	bis
1.						
2.						
3.						
4.						

Wegfall des Kindergeldanspruchs (gilt auch bei Wehrdienst) seit

Wiedergewährung Kindergeld nach einer Unterbrechung seit

Hat eines der Kinder einen eigenen Beihilfeanspruch? seit

5. Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre Angehörigen?

Personen	Bei gesetzlicher Krankenversicherung			Weitere Zusatzversicherung bei einem anderen Unternehmen	Bei privater Krankenversicherung ▪ Bei erstmaliger Antragstellung bzw. bei Tarifänderung bitte einen Nachweis beifügen				Nicht versichert
	pfllicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert		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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte/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="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

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

Ehegatte/eingetr. Lebenspartner Höhe des Zuschusses Euro seit Euro

7. Haben Sie oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger

einen Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Gesetz für soziale Entschädigung SGB XIV) 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 Dienstanfall einen Arbeitsunfall/Schulunfall einen Privatunfall eine Berufskrankheit ein anderes schädigendes Ereignis

Liegt ein Fremdverschulden vor? nein ja Kommt ein Schadenersatzanspruch in Betracht? nein ja

Um welche Belege handelt es sich? Für die Unfallschilderung und alle notwendigen Angaben bitte ein Zusatzblatt verwenden!

Gegebenenfalls Versicherungsgesellschaft und Aktenzeichen angeben:

