

KOMB

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG  
Maximilianstraße 53  
81537 München

Versicherungsnummer

- Antrag auf Versicherungsleistung  
 Antrag auf Beihilfe

Antragssumme

1. Beihilfeberechtigter

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

Bankverbindung (BITTE IMMER AUSFÜLLEN)

Kontoinhaber  Kreditinstitut   
IBAN  BIC

vollzeitbeschäftigt seit wann   teilzeitbeschäftigt seit  Wochenstunden   
 Altersteilzeit (auch aktive Phase) seit  Wochenstunden

bei Teilzeit/Altersteilzeit: Die Regelarbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt  Wochenstunden

in Elternzeit:  mit Beschäftigung von  bis   ohne Beschäftigung von  bis

Ist das Dienstverhältnis beendet oder endet es in den nächsten 12 Monaten?  nein  ja, zum

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden  seit   
 verwitwet  eingetr. Lebenspartnerschaft  getrennt lebend

Dienstherr/Arbeitgeber  Beschäftigungsbeginn

beschäftigt als  Beamter  Angestellter/Arbeiter  Saison-Arbeiter  
 DO-Angestellter  Angestellter mit beamtenrechtl. Vers.  Beamter auf Widerruf

Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner

Ich beziehe seit   Ruhegehalt  Rente  Vollwaisengeld  
 Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen

2. Ehegatte/eingetragener Lebenspartner

Name, Vorname des Ehegatten/eingetragener Lebenspartner  Geburtsdatum

Berufstätig in den letzten 12 Monaten?  nein  ja  
 Beamter/Angestellter mit beamtenrechtl. Versorgung  Angestellter/Arbeiter  selbst./freiberufl.  Hausfrau/mann  
 DO-Angestellter  Rentner  Vers.empf.  in Elternzeit

Arbeitgeber  tätig seit

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

Dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) lt. Steuerbescheid – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen im Vorvorkalenderjahr  über 21 832 Euro\*  unter 21 832 Euro\* (Stand 2025) – nur bei Beihilferecht Bayern ankreuzen  
im Vorvorkalenderjahr  über 18 000 Euro  unter 18 000 Euro – nur bei Beihilferecht Thüringen ankreuzen

\* Ab dem Kalenderjahr 2024 erhöht sich die maßgebliche Einkommensgrenze für den Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner jährlich im gleichen Verhältnis wie der Rentenwert West im vorausgegangenen Kalenderjahr.

KOMB

FNR315347

Seite 1 von 2 Seiten

**3. 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**

**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/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="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"/>

Besteht eine private Auslandsreisekrankenversicherung?  nein  ja

**6. 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

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

**7. 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  seit  Höhe des Beitrags (ohne Anteil Krankenhaustage- und Sterbegeld sowie ohne Beitrag für Pflegeversicherung)  
 Ehegatte/eingetr. Lebenspartner Höhe des Zuschusses  seit

**8. Nur auszufüllen 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).

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Durch unrichtige Angaben (z. B. bezüglich des Einkommens des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners) erwirkte Beihilfeleistungen werden zurückgefordert.

Für die geltendgemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.