

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 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

* 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) 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			Weitere Zusatzversicherung bei einem anderen Unternehmen	Bei privater Krankenversicherung - Bei erstmaliger Antragstellung bzw. bei Tarifänderung bitte einen Nachweis beifügen				Nicht versichert
	pflicht-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/ingetr. Lebenspartne	<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 Dienstunfall 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!

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

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.

Ort, Datum	Unterschrift des Beihilfeberechtigten, Hauptversicherten
------------	--