

PEPP

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG

Maximilianstraße 53  
81537 München

Versicherungsnummer

Antragssumme

## Antrag auf Versicherungsleistungen/Ergänzungstarife

### 1. Persönliche Daten

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

### Bankverbindung

Kontoinhaber		Kreditinstitut
IBAN	D E	BIC

### 2. Liegt ein Unfall vor? (Ein Unfall ist ein plötzlich auf den Körper einwirkendes Ereignis, das eine Körperschädigung zur Folge hat.)

ja  nein

wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen und die entsprechenden Belege mit einem U kennzeichnen.

Arbeits-  Dienst-  Schul-  Freizeitunfall

Unfalldatum:

Besteht ganz oder teilweise ein Fremdverschulden?

ja  nein

### 3. Es besteht ein Arbeitsverhältnis mit (Arbeitgeber)

seit:

### 4. Hinweise zum Erstattungsantrag:

- Wir geben grundsätzlich keine Belege mehr zurück.
- Manches lässt sich telefonisch schneller klären – deshalb unser Serviceangebot für Sie:

**Wir bitten Sie,  
keine Heftklammern  
zu verwenden.**

Mit Ihrer Zustimmung fordern wir direkt bei den Leistungserbringern alle für die Abrechnung relevanten Daten an, wenn diese einmal fehlen sollten. So haben Sie keinen Aufwand damit und wir können Ihren Antrag zügiger bearbeiten.

Bitte kreuzen Sie hier, wenn Sie damit **einverstanden** sind:

- Ja**, ich bin damit einverstanden, dass die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG alle zur Bearbeitung dieses Antrages notwendigen, aber eventuell noch fehlenden Daten (wie beispielsweise Verordnungen oder Laborrechnungen) – soweit möglich – direkt bei den jeweiligen Leistungserbringern (wie beispielsweise Ärzten oder Zahnärzten) für mich anfordert. Die jeweiligen Leistungserbringer entbinde ich von ihrer Schweigepflicht. Ich werde darüber vorher nicht ausdrücklich informiert. Zum Beweis meines Einverständnisses darf die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG eine Kopie dieses Blattes an den Leistungserbringer weiterleiten.

Bitte kreuzen Sie hier, wenn Sie damit **nicht einverstanden** sind:

- Ich möchte fehlende Unterlagen selbst bei den jeweiligen Leistungserbringern anfordern und an die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG weiterleiten.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurden bisher keine Leistungen beantragt.

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

PEPP