

BPEP

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG  
Maximilianstraße 53  
81537 München

Versicherungsnummer

**Antrag auf Beihilfe und Zusatzversicherungsleistungen  
für 2 Beihilfeberechtigte / Hauptversicherte**

Antragssumme

**1. Allgemeine Angaben**

Name, Vorname des 1. Beihilfeberechtigten / Hauptversicherten  Geburtsdatum   
Name, Vorname des 2. Beihilfeberechtigten / Hauptversicherten  Geburtsdatum   
Straße, Hausnummer  Postleitzahl, Ort   
Bankverbindung  
Kontoinhaber  Kreditinstitut   
IBAN  BIC   
Familienstand  ledig  verheiratet  eingetragene Lebenspartnerschaft  geschieden  verwitwet seit

**2. Angaben zum 1. Beihilfeberechtigten / Hauptversicherten**

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

**Nur ausfüllen, wenn zusätzlich Beihilfe als berücksichtigungsfähiger Angehöriger vom 2. Beihilfeberechtigten beantragt wird.**  
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

Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner: Ich beziehe seit

Ruhegehalt/Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen  Rente  Vollwaisengeld

Telefon  E-Mail-Adresse (falls gewünscht)  Telefax

**3. Angaben zum 2. Beihilfeberechtigten / Hauptversicherten**

Beamter     
  Angestellter/Arbeiter     
  Angestellter mit beamt. Versorg./DO-Angest.     
  Saisonarbeiter     
  Vers.-Empf./Rentner  
 seit

auf Widerruf

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

**Nur ausfüllen, wenn zusätzlich Beihilfe als berücksichtigungsfähiger Angehöriger vom 1. Beihilfeberechtigten beantragt wird.**

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

Nur für Versorgungsempfänger bzw. Rentner: Ich beziehe seit

Ruhegehalt/Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen     
 Rente     
 Vollwaisengeld

Telefon      
 E-Mail-Adresse (falls gewünscht)      
 Telefax

**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.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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				Nicht versichert
	pfllicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert		■ Bei erstmaliger Antragstellung bzw. bei Tarifänderung bitte einen Nachweis beifügen				
				Ambulant Prozenttarif	Stationär Prozenttarif	Zahn-behandlung Prozenttarif	Zahn-ersatz Prozenttarif		
1. 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"/>
2. 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"/>
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

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

2. Antragsteller     
 Höhe des Zuschusses mtl.  Euro     
 seit      
 mtl.  Euro

