

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 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
*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
 Beschäftigungsverhältnis endet zum
 ohne Beschäftigung

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 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
 *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

