

Versicherungs-Nr.

PEPP

**Bayerische Beamtenkrankenkasse AG**  
**Maximilianstraße 53**  
**81537 München**

## Antrag auf Versicherungsleistungen/Ergänzungstarife

Antragssumme

### 1. Persönliche Daten **Bitte immer ausfüllen!**

Name, Vorname des Beihilfeberechtigten/Versicherungsnehmers		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
Telefon tagsüber	Telefon privat	Telefax
Bankverbindung		
Kontoinhaber		
Bank	Kontonummer	Bankleitzahl

### 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.**

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Durch unrichtige Angaben (z. B. bezüglich des Einkommens des Ehegatten) erwirkte Beihilfeleistungen werden zurückgefordert. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurden bisher keine Leistungen beantragt.

Ich willige ein, dass die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG die von mir eingereichten Rechnungen und medizinischen Unterlagen, auch soweit diese besonders geschützte personenbezogene Gesundheitsdaten enthalten, an einen von ihr beauftragten freiberuflichen Arzt oder Therapeuten weiterleitet, sofern dies im Einzelfall zur Leistungspflicht für diesen Antrag notwendig ist. Ferner entbinde ich die Angehörigen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und die für diese tätigen Geheimnisverpflichteten zu diesem Zweck von ihrer Schweigepflicht. Die aktuelle Liste der freiberuflichen Ärzte und Therapeuten, an die eine Weiterleitung aller Unterlagen erfolgen kann, ist unter [www.versicherungskammer-bayern.de/consal-fachberater](http://www.versicherungskammer-bayern.de/consal-fachberater) veröffentlicht. Die Liste kann auch bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG angefordert werden.

Die vorstehend zugunsten der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und den freiberuflichen Ärzten oder Therapeuten erteilten Einwilligungserklärungen können sowohl insgesamt als auch einzeln widerrufen werden. Dies hat keinen Einfluss auf den Bestand des Versicherungsverhältnisses.

Ort, Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten, Hauptversicherten (eventuell Vollmacht vorlegen)

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