

M 007

**Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart**

Antrag auf Aufnahme in die Zusatzversicherung bzw. Abschluss weiterer Schritte

1. Angaben zum Mitglied (Versicherungsnehmer)

Name, Vorname

Telefonnummer

Ich bin Mitglied in der Grundversicherung.

Ich bin **kein** Mitglied in der Grundversicherung.

Bitte beachten Sie, dass Sie und Ihre Angehörigen (Ehegattinnen oder Ehegatten bzw. Partnerinnen oder Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft sowie die im Familienzuschlag nach dem Bundesbe-
soldungsgesetz berücksichtigungsfähigen bzw. im Kindergeld berücksichtigten Kinder) in diesem Fall nur
in weitere Stufen der Zusatzversicherung aufgenommen werden können, wenn sie bereits in mindestens
einer Stufe der Zusatzversicherung versichert sind.

2. Ich beantrage die Aufnahme bzw. den Abschluss weiterer Schritte für:

Bitte machen Sie die Angaben für **alle** zu versichernden Personen. Wird die Aufnahme bzw. der Abschluss
weiterer Schritte für das Mitglied beantragt, sind die Angaben auch für das Mitglied zu machen.

| | Vorname | Geburtsdatum | Besteht bereits eine Zusatz- versicherung bei der Bezirksstelle Saarbrücken? | |
|----------|----------------------|----------------------|--|--------------------------|
| | | | ja | nein |
| Person 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Person 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Person 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Person 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Auswahl Stufen und Schritte

Wichtige Hinweise zur Grundstufe und Krankenhaustagegeldstufe: Die Aufnahme in die Grundstufe ist nur
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres möglich. Darüber hinaus ist die Aufnahme in die Krankenhaustage-
geldstufe nur möglich, wenn Sie die Grundstufe zusätzlich abschließen bzw. bereits abgeschlossen haben.

Bitte kreuzen Sie den gewünschten Versicherungsschutz an. Wenn Sie die Krankenhaustagegeldstufe oder die Ergänzungsstufe beantragen, tragen Sie bitte zusätzlich die Zahl für die insgesamt gewünschten Schritte (inklusive der schon bestehenden) ein.

| | Grundstufe | Krankenhaustagegeldstufe mind. 1 / max. 10 Schritte möglich; Leistungen je Schritt 5,20 € | Ergänzungsstufe mind. 1 / max. 2 Schritte möglich |
|----------|--------------------------|--|--|
| Person 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit <input style="width: 40px;" type="text"/> Schritt(en) | <input type="checkbox"/> mit <input style="width: 40px;" type="text"/> Schritt(en) |
| Person 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit <input style="width: 40px;" type="text"/> Schritt(en) | <input type="checkbox"/> mit <input style="width: 40px;" type="text"/> Schritt(en) |
| Person 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit <input style="width: 40px;" type="text"/> Schritt(en) | <input type="checkbox"/> mit <input style="width: 40px;" type="text"/> Schritt(en) |
| Person 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit <input style="width: 40px;" type="text"/> Schritt(en) | <input type="checkbox"/> mit <input style="width: 40px;" type="text"/> Schritt(en) |

4. Zusatzfrage

Wird die Aufnahme in die Grundstufe und/oder die Aufnahme bzw. der Abschluss weiterer Schritte in der Krankenhaustagegeldstufe beantragt, ist die Zusatzfrage zu beantworten.

Wurde in den letzten 6 Monaten eine länger als einen Tag dauernde vollstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt? (Eine vollstationäre Krankenhausbehandlung wegen Entbindung oder Schwangerschaftsbeschwerden ist nicht anzugeben.)

| | nein | ja | Datum |
|----------|--------------------------|------------------------------|-------|
| Person 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> bis | |
| Person 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> bis | |
| Person 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> bis | |
| Person 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> bis | |

Wenn nach der Antragstellung, aber vor dem Versicherungsbeginn eine Person, deren Aufnahme hier beantragt wird, eine länger als einen Tag dauernde vollstationäre Krankenhausbehandlung durchführt, werde ich dies der PBeaKK unverzüglich mitteilen. Der Versicherungsbeginn verschiebt sich dann satzungsgemäß.

5. Beginn der Zusatzversicherung

- Die Zusatzversicherung soll zum nächst möglichen Termin beginnen. Sie beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Aufnahmeantrags folgt.
Abweichend hiervon beginnt die Versicherung (rückwirkend) mit dem Tag der Geburt eines Kindes, dem Tag der Eheschließung bzw. dem Tag der Begründung einer Lebenspartnerschaft, wenn der Antrag innerhalb eines Monats bei uns eingeht.
- Die Zusatzversicherung soll mit Wirkung vom beginnen.
Durch die Angabe eines Datums kann der Beginn auch zum Ersten eines späteren Monats beantragt werden. Eine rückwirkende Aufnahme ist nicht möglich.

Die PBeaKK erhebt, verarbeitet und nutzt gemäß §§ 50 bis 58 der Satzung der PBeaKK die für ihre Zwecke erforderlichen personenbezogenen Daten ausschließlich unter Beachtung der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Es ist mir bekannt, dass die Bestimmungen der Satzung in der jeweils geltenden Fassung für mich und meine mitversicherten Angehörigen verbindlich sind.

Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Alle Änderungen, die die Mitgliedschaft oder die Mitversicherung in der PBeaKK beeinflussen, werde ich sofort anzeigen. Die PBeaKK ist berechtigt, fällige Beiträge von meinem der PBeaKK bekannten Girokonto einzuziehen.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied oder Bevollmächtigter