

Absender

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

 Postbeamtenkrankenkasse  
 70467 Stuttgart

Datum

Telefon

---

**Antrag auf Mitversicherung eines Kindes in der PBeaKK**

Bei mehreren betroffenen Kindern füllen Sie als Mitglied der PBeaKK bitte für jedes Kind einzeln ein Formular aus. Bitte zusätzlich die Erklärung zur Versicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung beifügen. Bitte beachten Sie auch die Erläuterungen auf Seite 3.

**Persönliche Angaben des Kindes**

Bitte bei der erstmaligen Anmeldung Ihres Kindes die Geburtsurkunde beifügen

Name

Vorname

Geburtsdatum

 Steuer-ID  
 (11-stellig)

Ich beantrage die Mitversicherung in der Grundversicherung

zum

Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag bei Angestellten: Zahlung von Kindergeld

ab

Bitte aktuellen Nachweis (Bescheid der Familienkasse oder Bezügemitteilung) beifügen

Den Familienzuschlag/das Kindergeld erhält

Name

Vorname

Angabe des Dienstherrn/Beihilfeträger

Ggf. abweichende Versicherungsnummer der/des Beziehenden des Familienzuschlages/Kindergeldes

Der/Die Bezieher\*in des Familienzuschlages/Kindergeldes ist

verbeamtete Person

Bitte entsprechenden Nachweis beifügen.

Angestellte\*r

 Anspruchsberechtigt in der  
 freien Heilfürsorge

Pflichtversicherung oder freiwillige Versicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse

bis

Bitte Endbescheinigung bzw. Kündigungsbestätigung in Kopie beifügen

Familienversicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse

bis

Bitte Endbescheinigung bzw. Kündigungsbestätigung in Kopie beifügen

Versicherung in einer privaten Krankenversicherung

bis

Bitte Endbescheinigung bzw. Kündigungsbestätigung in Kopie beifügen

---

Schul- oder Berufsausbildung  
Bitte Bescheinigung in Kopie beifügen. ab

bis

Studium  
Bitte Immatrikulations- bzw. Exmatrikulationsnachweis  
und bei Studienbeginn Befreiungsbescheid von der  
Krankenversicherung der Studenten in Kopie beifügen. ab

bis

Sonstiges ab

bis

(z.B. „Work & Travel“, Au pair, freiwilliges soziales Jahr, Praktikum etc.)  
Bitte Nachweis in Kopie beifügen.

---

Ansprüche gegen Dritte bei Vorliegen einer Beschädigung Ja

Kostenträger der Behandlung Name

Anschrift

---

**Zusatzversicherung** zum nächsten Monatsersten  
Die Versicherung beginnt (AKV-Stufe ab Eingang des Antrags)

mit Wirkung vom 01.  
keine rückwirkende Aufnahme möglich

---

Folgende Stufen und / oder Schritte werden abgeschlossen

**Grundstufe<sup>1</sup>**

**Krankenhaustagegeldstufe<sup>1</sup>** mit Schritten  
max. 10 Schritte (Zahl von 1 bis 10 eintragen)

<sup>1</sup>Zusatzfrage zur Grund- und Krankenhaustagegeld-  
stufe: Wurde in den letzten 6 Monaten eine  
vollstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt,  
die länger als einen Tag dauerte? Nein Ja, bis

**Ergänzungsstufe** mit Schritten  
max. 2 Schritte (Zahl von 1 bis 2 eintragen)

**ISH-Stufe**

**AKV-Stufe**

---

**Hinweise**

Datenschutz ist uns sehr wichtig: Informationen zur Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung sowie die Auskunft über Ihre Rechte und Kontaktdaten der Ansprechpartner in Datenschutzfragen finden Sie auf unserer Internetseite [www.pbeakk.de](http://www.pbeakk.de) im Bereich „Informationen zum Datenschutz“.

Ich willige für die steuerliche Berücksichtigung der Beiträge als Vorsorgeaufwendungen nach den Bestimmungen des Bürgerentlastungsgesetzes in die Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a EStG an die Finanzverwaltung ein. Übermittelt werden bestimmte personenbezogene Daten, Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu Beitragsersstattungen und das Datum der Einwilligung zur Datenübermittlung. Die Einwilligung zur Datenübermittlung gilt für die folgenden Beitragsjahre und kann schriftlich widerrufen werden. Der schriftliche Widerruf muss der PBeaKK vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, vorliegen.

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 Mitversicherung in der PBeaKK betreffen, werde ich sofort anzeigen. Die PBeaKK ist berechtigt, fällige Beiträge von meiner der PBeaKK bekannten Bankverbindung einzuziehen.

Ort, Datum

---

Unterschrift Mitglied bzw. bevollmächtigte Person

## **Erläuterungen und Ausfüllhinweise**

**Bitte beachten Sie, dass der Aufnahmeantrag innerhalb der jeweils geltenden Fristen bei der Postbeamtenkrankenkasse vorliegen muss. Sollten Ihnen noch nicht alle notwendigen Bescheinigungen vorliegen, senden Sie uns den Aufnahmeantrag zur Wahrung der Frist bitte vorab zu. Die fehlenden Bescheinigungen können Sie uns nachreichen, sobald sie Ihnen vorliegen.**

- Mit diesem Antragsformular können Sie die Aufnahme von Kindern in die Grundversicherung und Zusatzversicherung beantragen.

## **Versicherungsbeginn**

- Die Versicherung beginnt mit dem Tag der Geburt, wenn der Antrag innerhalb von 3 Monaten für die Grundversicherung und innerhalb von einem Monat für die Zusatzversicherung eingeht.
- Die Versicherung in der Grundversicherung beginnt im unmittelbaren Anschluss an das Ende einer Pflichtversicherung, freiwilligen Versicherung oder Familienversicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse, wenn der Antrag innerhalb von 3 Monaten eingeht.
- Die Versicherung beginnt in der Grund- und Zusatzversicherung mit dem nächsten Monatsersten nach Antragseingang. Ausnahme: Die Auslandsreisekrankenversicherung (AKV-Stufe) beginnt mit Eingang des Aufnahmeantrags bei der PBeaKK.
- Durch die Angabe eines Datums kann der Beginn zum Ersten eines späteren Monats beantragt werden. Eine rückwirkende Aufnahme ist nicht möglich. Der Versicherungsbeginn in der Zusatzversicherung kann maximal drei Monate in der Zukunft liegen.

## **Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag/Zahlung von Kindergeld**

- Kinder können nur bei Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag bzw. bei Angestellten bei Zahlung von Kindergeld mitversichert werden.
- Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten (Vater, Mutter usw.) berücksichtigungsfähig, so kann ab dem 14.02.2009 nur diejenige Person Beihilfeleistungen für das Kind erhalten, die den Familienzuschlag oder Kindergeld für das Kind bezieht.

## **Gesetzliche Krankenkasse**

- Kinder, die in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder freiwillig versichert sind, können nicht mitversichert werden.

## **Ansprüche gegenüber Dritten bei Vorliegen einer Beschädigung**

- Bitte beim Bestehen von Beschädigungen ausfüllen. Mögliche Arten von Beschädigungen sind Wehrdienstbeschädigung, Arbeitsunfall, Dienstupfall oder Unfall des täglichen Lebens (z.B. Verkehrsunfall) oder sonstige Beschädigungen.

## **Zusatzversicherung**

- Wenn Sie die Krankenhaustagegeld- oder die Ergänzungsstufe beantragen, tragen Sie bitte zusätzlich die Zahl für die insgesamt gewünschten Schritte (inklusive der schon bestehenden) ein.

## **Zusatzfrage zur Grund- und Krankenhaustagegeldstufe:**

- Die Zusatzfrage muss nur beantwortet werden, wenn die Aufnahme in die Grundstufe und/oder Krankenhaustagegeldstufe beantragt wird.
- Eine vollstationäre Krankenhausbehandlung wegen Entbindung oder Schwangerschaftsbeschwerden ist nicht anzugeben.
- Wird nach der Antragstellung, aber vor dem Versicherungsbeginn eine länger als einen Tag dauernde vollstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt, teilen Sie uns das Enddatum des stationären Aufenthalts bitte schriftlich mit. Der Versicherungsbeginn verschiebt sich dementsprechend.