

Absender

 Postbeamtenkrankenkasse
 70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Antrag auf Aufnahme als Mitglied in die PBeaKK

Bitte zusätzlich die Erklärung zur Versicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung beifügen.
 Bitte beachten Sie auch die Erläuterungen auf Seite 3.

 Persönliche Angaben des Mitglieds

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

Amtsbezeichnung

Besoldungsgruppe

Beschäftigungs-/Betreuungsstelle

 Personalnummer
 (falls vorhanden)

 Steuer-ID
 (11-stellig)

 Ich beantrage die Mitgliedschaft in der
 Grundversicherung

zum

 Dienstaufnahme nach Urlaub ohne Bezüge
 Bitte Bescheid und Bezügemitteilung beifügen.

zum

 Tod des früheren Mitglieds
 Bitte Bezügemitteilung über die
Hinterbliebenenversorgung beifügen.

am

 Beendigung der Familienversicherung, Pflichtver-
 sicherung oder freiwilligen Versicherung in einer
 gesetzlichen Krankenkasse
 Bitte Endbescheinigung bzw. Kündigungsbestätigung der
 Krankenkasse beifügen.

zum

 Beendigung der Versicherung bei einer privaten
 Krankenversicherung
 Bitte Endbescheinigung bzw. Kündigungsbestätigung der
 Krankenkasse beifügen.

zum

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

Grundstufe¹

Krankenhaustagegeldstufe¹
max. 10 Schritte

mit Schritten
(Zahl von 1 bis 10 eintragen)

¹Zusatzfrage zur Grund- und Krankenhaustagegeldstufe: Wurde in den letzten 6 Monaten eine vollstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt, die länger als einen Tag dauerte?

Nein

Ja, bis

Ergänzungsstufe
max. 2 Schritte

mit Schritten
(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 im Bereich „Informationen zum Datenschutz“.

Ich willige in die Datenübermittlung der Vorsorgeaufwendungen nach den Bestimmungen des Bürgerentlastungsgesetzes an die Finanzverwaltung ein. Übermittelt werden bestimmte personenbezogene Daten, Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu Beitragerstattungen 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 Mitgliedschaft in der PBeaKK berühren, werde ich sofort anzeigen. Die PBeaKK ist berechtigt, fällige Beiträge von meiner Bankverbindung unmittelbar abbuchen zu lassen. Das hierzu notwendige SEPA-Lastschriftmandat ist dem Antrag beigelegt.

Anlagen

- 1 SEPA-Lastschriftmandat
- 1 Aufnahmeantrag zur privaten Pflegepflichtversicherung

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 in die Grundversicherung und Zusatzversicherung beantragen. Möchten Sie die Aufnahme in die Pflegetagegeldstufe beantragen, füllen Sie bitte den separaten Antrag auf Pflegetagegeldstufe aus.

Personen, die eine Mitgliedschaft erwerben können

- Früheres Mitglied, das seine Mitgliedschaft bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung bzw. Vergütung (UoB) gekündigt hat, bei Unterbrechung oder Beendigung dieses Urlaubs.
- Hinterbliebene eines verstorbenen Mitglieds, die nicht mitversichert waren, wenn sie durch den Tod des Mitglieds selbst beihilfeberechtigt werden.
- Eine Mitgliedschaft ist nur möglich, wenn keine Pflichtversicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse oder auch der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) besteht

Fristen

- Der Antrag auf Aufnahme in die Grundversicherung muss innerhalb von drei Monaten nach Vorliegen der Voraussetzungen einer Mitgliedschaft bei der PBeaKK eingehen.
- Bitte beachten Sie: soll die Mitgliedschaft übergangslos mit dem Vorliegen der Voraussetzungen (Dienstaufnahme nach UoB, Bezug der Versorgungsbezüge) beginnen, muss der Antrag innerhalb eines Monats nach diesem Ereignis eingehen (s. Versicherungsbeginn).

Versicherungsbeginn

- **Grundversicherung:** Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Vorliegen der für den Erwerb der Mitgliedschaft notwendigen Voraussetzungen, wenn der Antrag innerhalb eines Monats nach diesem Ereignis bei der PBeaKK eingeht. Später beginnt die Mitgliedschaft mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang des Aufnahmeantrags folgt. Durch die Angabe eines Datums kann der Beginn auch zum Ersten eines späteren Monats, jedoch längstens zum Beginn des übernächsten Jahres nach der Antragstellung, beantragt werden.
- **Zusatzversicherung:** Frühestmöglicher Versicherungsbeginn ist der Erste des Monats, der auf den Eingang des Aufnahmeantrags folgt.
- **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.

Ansprüche gegenüber Dritten bei Vorliegen einer Beschädigung

- Bitte beim Bestehen von Beschädigungen ausfüllen. Mögliche Arten von Beschädigungen sind Wehrdienstbeschädigung, Arbeitsunfall, Dienstunfall 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 Ihres stationären Aufenthalts bitte schriftlich mit. Der Versicherungsbeginn verschiebt sich dementsprechend.

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
70636 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Postbeamtenkrankenkasse mit Sitz in der Nauheimer Str. 98 in 70372 Stuttgart, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Postbeamtenkrankenkasse auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Beitrag ist monatlich im Voraus am 1. eines laufenden Monats fällig.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname (Mitglied)

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

IBAN/internationale Kontonummer (22 Stellen in Deutschland, bis 28 Stellen im Ausland)

_____ | _____ | _____

BIC/Bankidentifizierungscode (8 oder 11 Stellen)

_____ | _____

PBeaKK-Identifikationsnummer: DE58 ZZZ0 0000 0135 72

Bei Lastschriften wird neben der PBeaKK-Identifikationsnummer Ihre Mandatsreferenz angegeben. Diese teilen wir Ihnen in einem separaten Schreiben mit.

Datum, Unterschrift Mitglied oder bevollmächtigte Person
(bei Firmen und Behörden rechtsgültige Zeichnung)

Datum, Unterschrift Kontoinhaber*in (falls abweichend
von Mitglied/bevollmächtigter Person)

- Bitte bei abweichendem/r Kontoinhaber*in ausfüllen -

Name, Vorname (Mitglied)

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer