

Absender

 Postbeamtenkrankenkasse
 70467 Stuttgart

bisherige Versicherungsnummer

mitversichert bei Mitglied (Name, Vorname)

Telefon

Antrag auf Umwandlung der Mitversicherung in eine eigene E-Mitgliedschaft

Name, Vorname der antragstellenden Person

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

 Tag der Rechtskraft des Scheidungsausspruchs bzw.
 Ausspruchs über die Aufhebung der Lebenspartnerschaft.
 Bitte Kopie des Ausspruchs mit Rechtskraftvermerk beifügen.

 Ich bin bei einem Postnachfolgeunternehmen der Deutschen
 Bundespost (Post AG, Postbank AG, Telekom AG) beschäftigt
 und selbst beihilfeberechtigt.

Meine zehnstellige Personalnummer lautet:

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Gruppe

 A B1

Ich bin selbst beihilfeberechtigt bei (Behörde, Dienstherr)

und beantrage daher die Mitgliedschaft in der Gruppe B1.

 Ja
Ich bin nicht beihilfeberechtigt und wünsche die Mitgliedschaft in
der Gruppe E nach

Leistungsordnung A

Leistungsordnung B

 Monatseinkommen des/der Antragsteller*in
 (Die gesamten monatlichen Einkünfte und deren
 Zusammensetzung, z.B. Unterhalt, Rente,
 Arbeitseinkommen, Sozialhilfe, usw.).
 Bitte Kopie der letzten Bezügemitteilung beifügen.

 Vermögen des/der Antragsteller*in und Einkünfte daraus
 laut des zuletzt gültigen Steuerbescheids (Kapital-, Haus-
 und Grundbesitz).

 Besteht ein gesetzlicher
 Krankenversicherungsschutz? Bitte Bescheinigung einer
 gesetzlichen Kasse beifügen.

 Ja

Besteht ein anderweitiger Anspruch auf Heilbehandlung (z.B. nach dem Bundesversorgungsgesetz) oder kann ein solcher erlangt werden?

Ja

Besteht eine private Krankenversicherung?

Ja

Soll eine bestehende Zusatzversicherung fortgesetzt werden, sofern dem Antrag auf eigene Mitgliedschaft stattgegeben wird?

Ja

Die bestehende private Pflegepflichtversicherung bei der Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen (GPV) soll ununterbrochen fortgesetzt werden.

Ja

Ich bin mit der Übermittlung der steuerlich abzugsfähigen Beiträge unter Verwendung personenbezogener Daten und Vertragsdaten an die Finanzverwaltung einverstanden.

Ja Nein

Bei einer Ablehnung können mir steuerliche Nachteile entstehen.

Meine elfstellige Steueridentifikationsnummer lautet:

Bitte nur bei einer Zustimmung angeben.

Hinweise

Mir ist bekannt, dass die Mitgliedschaft im Fall einer positiven Entscheidung mit dem Tag der Rechtskraft des Scheidungsausspruchs bzw. Ausspruchs über die Aufhebung der Lebenspartnerschaft beginnt.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Alle Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen, die die Mitgliedschaft oder den Leistungsanspruch beeinflussen, werde ich der PBeaKK unverzüglich anzeigen.

Ich nehme davon Kenntnis, dass die PBeaKK die für ihre Zwecke erforderlichen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes speichert und verarbeitet.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied bzw. bevollmächtigte Person

Versicherungsnummer:

M 010