

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Änderungen in den persönlichen Verhältnissen eines Kindes

Bei mehreren betroffenen Kindern füllen Sie als Mitglied der PBeaKK bitte für jedes Kind einzeln ein Formular aus.

Vorname und Familienname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Bei Neugeborenen bitte eine Kopie der Geburtsurkunde beifügen.

Pflichtversicherung oder freiwillige Versicherung in
einer **gesetzlichen Krankenkasse** ab

Bitte Mitgliedschaftsbescheinigung in Kopie beifügen.

Versicherung in einer **privaten Krankenversicherung** ab

Bitte Mitgliedschaftsbescheinigung in Kopie beifügen.

Die Mitversicherung in der **Grundversicherung** Ja, zum

wird gekündigt.

Die Mitversicherung in der **privaten Pflegepflicht-** Ja, zum

versicherung (PPV) wird gekündigt.

Bitte die Bescheinigung der neuen PPV in Kopie beifügen;
Vordruck „**Versicherungsbescheinigung für den Vorversicherer**“

Eigene Beihilfeberechtigung des Kindes ab

Bitte Ernennungsbescheid/-urkunde in Kopie beifügen.

Dienstherr/Beihilfeträger/Arbeitgeber

Höhe des Beihilfebemessungssatzes %

Bitte Bescheid der Beihilfestelle in Kopie beifügen

Für mein Kind besteht eine **Familienversicherung** ab

in der gesetzlichen Krankenversicherung über den
anderen Elternteil

Bitte Versicherungsbescheinigung in Kopie beifügen.

Die Mitversicherung des Kindes in der soll ruhen ab

Grundversicherung

wird gekündigt zum

bleibt bestehen

Die **private Pflegepflichtversicherung** Ja

(PPV) des Kindes wird gekündigt.

Ich beantrage für die PPV eine Anwartschaftsver- Ja

sicherung. Das Ende der Familienversicherung
werde ich unverzüglich anzeigen.

Die **Familienversicherung** besteht **nicht** mehr. ab
Bitte Endbescheinigung der gesetzlichen Krankenkasse in Kopie beifügen.

Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag / Zahlung von Kindergeld ab

Folgende Person erhält den Familienzuschlag / das Kindergeld für das Kind

Angabe des Dienstherrn/Beihilfeträger

Bitte unbedingt Name und Vorname(n) der Person und deren Dienstherr / Beihilfeträger angeben.

Der Bezieher des Familienzuschlages/ Kindergeldes ist Beamtin/Beamter
Angestellte/r
Bitte entsprechenden Nachweis beifügen.

Anspruchsberechtigt in der freien Heilfürsorge

Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag / Wegfall der Zahlung von Kindergeld mit Ablauf des

Die Zahlung erfolgte tatsächlich bis

Mein Kind studiert weiterhin.

Ich beantrage daher die beitragspflichtige Weiterversicherung im Tarif B2(S)

Ja

Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

Ableistung von Bundesfreiwilligendienst/ ab
Bitte Nachweis in Kopie beifügen. ■ Freiwilligem Wehrdienst/
■ Wehrübung
■ sonstiger Freiwilligendienst (z. B. FSJ, FÖJ)

Beendigung von Bundesfreiwilligendienst/ zum
Bitte Nachweis in Kopie beifügen. ■ Freiwilligem Wehrdienst/
■ Wehrübung
■ sonstiger Freiwilligendienst (z. B. FSJ, FÖJ)

Soldat auf Zeit ab
Bitte Verpflichtungsnachweis in Kopie beifügen.

Sonstiges

Ich habe folgende Hinweise zur Kenntnis genommen:

Ich melde als Mitglied der PBeaKK nach § 78 Absatz 1 der Satzung sämtliche Änderungen und lege die entsprechenden Nachweise vor. Die PBeaKK benötigt meine Mitwirkung, um den Umfang des Versicherungsschutzes sowie die Beitragshöhe bestimmen zu können.

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“.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied bzw. Bevollmächtigte/r