

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 4.

#### Persönliche Angaben des Kindes

Bitte bei der erstmaligen Anmeldung Ihres Kindes die Geburtsurkunde beifügen.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Steuer-ID  
(11-stellig)

Zur Erzeugung einer Kranken-  
versichertennummer (KVNR)  
benötigen wir noch zusätzliche  
Informationen:

Geburtsname  
(falls abweichend vom Nachnamen)

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Mehrlingsgeburt  
(ankreuzen, falls zutreffend)

Ich habe Geschwister, die am  
gleichen Tag wie ich geboren sind  
(z. B. Zwillinge, Drillinge)

Ich beantrage die Mitversicherung in der  
Grundversicherung

zum

Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag  
bei Angestellten: Zahlung von Kindergeld  
Bitte aktuellen Nachweis (Bescheid der Familienkasse  
oder Bezügemitteilung) beifügen.

ab

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  
Bitte entsprechenden Nachweis beifügen.

verbeamtete Person

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 ab  
Bitte Bescheinigung in Kopie beifügen.

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

Sonstiges ab

(z. B. „Work & Travel“, Au pair, freiwilliges soziales Jahr, Praktikum etc.) bis  
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 Krankenhaustagegeldstufe: 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 Beitragserstattungen 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 berühren, werde ich sofort anzeigen. Die PBeaKK ist berechtigt, fällige Beiträge von meiner der PBeaKK bekannten Bankverbindung einzuziehen.

## Einwilligung in die Datenverarbeitung zur Krankenversicherturnummer

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abgleich der Krankenversicherturnummer erforderlich ist. Ich entbinde die für meinen Versicherer tätigen Personen sowie die bei der Vertrauensstelle Krankenversicherturnummer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abruf der Rentenversicherturnummer durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich ist. Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen sowie die bei der Deutsche Rentenversicherung tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Weitere Informationen zur Krankenversicherturnummer finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.pbeakk.de](http://www.pbeakk.de)

## Anlagen

1 Aufnahmeantrag zur privaten Pflegepflichtversicherung

Ort, Datum

---

Unterschrift Mitglied bzw. bevollmächtigte Person

Ort, Datum

---

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter(s)  
(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person stets erforderlich) oder  
Unterschrift versicherte Person (ab Vollendung 18. Lebensjahr)

## **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, 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 des stationären Aufenthalts bitte schriftlich mit. Der Versicherungsbeginn verschiebt sich dementsprechend.

## **Erläuterungen zu den datenschutzrechtlichen Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen**

### **Nutzung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI)**

Die TI vernetzt alle Akteure des Gesundheitswesens und gewährleistet den sicheren Austausch von Informationen. Sie ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer (Personen oder Institutionen) Zugang erhalten. Die TI bietet Versicherten und Leistungserbringern verschiedene Anwendungen, z. B. die elektronische Patientenakte. Für Sie als privat versicherte Person ist die Nutzung dieser Anwendungen freiwillig. Die Hoheit über die Daten liegt bei den Anwendungen der TI allein bei Ihnen.

### **Krankenversicherenummer (KVNR)**

Für den Zugang zur TI ist eine kartenlose digitale Identität nach § 291 SGB V erforderlich. Die digitale Identität dient als Ihr persönlicher Schlüssel zu den Anwendungen in der TI. Um Ihnen eine digitale Identität und die daran gebundenen Anwendungen der TI bereitstellen zu können, benötigen wir Ihre KVNR.

Wenn Sie noch keine KVNR haben, lassen wir diese für Sie erstellen. Die KVNR wird auch für privat Versicherte durch die gesetzlich vorgesehene Vertrauensstelle nach § 290 SGB V auf der Grundlage der Rentenversicherungsnummer (RVNR) individuell einmalig vergeben. Nähere Informationen über das Verfahren zur Bildung einer KVNR durch die Vertrauensstelle finden Sie unter <https://www.itsg.de/produkte/vst-krankenversicherenummer/>. Sollten Sie bereits über eine KVNR verfügen, ist diese zur Vermeidung von Doppelvergaben mit der Vertrauensstelle KVNR abzugleichen. Für die Vergabe der KVNR bzw. den Abgleich ist es erforderlich, dass wir der Vertrauensstelle das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilen und die RVNR übermitteln.

Für den Fall, dass eine RVNR noch nicht vergeben bzw. mitgeteilt wurde, lassen wir diese durch die Deutsche Rentenversicherung für Sie bilden bzw. rufen diese bei der Deutschen Rentenversicherung ab. Hierzu ist es erforderlich, dass wir der Deutschen Rentenversicherung das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilen und folgende personenbezogene Daten an die Deutsche Rentenversicherung übermitteln:

Familienname, ggfs. Geburtsname, Vorname, ggfs. Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsort, Geburtsland, ggfs. Staatsangehörigkeit, Wohnort, Straße, Hausnummer, ggfs. Kennzeichen für Mehrlingsgeburt, ggf. Rentenversicherungsnummer.

### **Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit**

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die digitale Identität sowie die Anwendungen der TI nicht, nicht mehr oder nur eingeschränkt genutzt werden können.

### **Erklärung für vertretene Personen**

Die vorangestellten Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.