

Absender

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Datum

Telefon

### Antrag auf Mitversicherung des/der Ehe/Lebenspartner\*in<sup>1</sup> in der

**PBeaKK** Bitte zusätzlich die Erklärung zur Versicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung beifügen. Bitte beachten Sie auch die Erläuterungen auf Seite 4.

Persönliche Angaben des/der Ehe/  
Lebenspartner\*in<sup>1</sup>

Name

Vorname

Geburtsdatum

Steuer-ID  
(11-stellig)

Tag der standesamtlichen  
Eheschließung/Begründung der  
Lebenspartnerschaft  
Bitte Kopie der Heirats- bzw. Lebenspartner-  
schaftsurkunde beifügen

Ich beantrage die Mitversicherung in der  
Grundversicherung

zum

Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung in einer  
gesetzlichen Krankenkasse oder Anspruch auf freie  
Heilfürsorge.

ab

Die Mitversicherung ruht in diesen Fällen.  
Mitgliedschaftsbescheinigung in Kopie beifügen.

Beendigung der Versicherung bei einer gesetzlichen  
Krankenkasse

zum

Bitte Endbescheinigung bzw. Kündigungsbestätigung der  
Krankenkasse beifügen.

Wurde eine Rente aus der gesetzlichen  
Rentenversicherung beantragt bzw. wird bereits  
eine Rente aus der gesetzlichen  
Rentenversicherung gewährt

Nein

Ja, zum

Bei **Renteneintritt** bitte Befreiung von der Krankenversiche-  
rungspflicht der Rentner (KVdR) nachweisen, bzw. die Mitteilung  
vorlegen, dass aufgrund fehlender Vorversicherungszeiten keine  
Pflichtversicherung in der KVdR eintritt.

Beendigung der Versicherung bei einer privaten  
Krankenversicherung

zum

Bitte Endbescheinigung bzw. Kündigungsbestätigung  
der Krankenversicherung beifügen.

<sup>1</sup> Eheleute bzw. Partner\*innen einer eingetragenen Lebenspartnerschaft

---

Eigene Beihilfeberechtigung des/der Ehe-/Lebenspartner\*in<sup>1</sup> beginnt am  
Bitte Bescheid in Kopie beifügen. endet zum

Dienstherr/Beihilfeträger/Arbeitgeber

Höhe des Beihilfebemessungssatzes %  
Bitte Bescheid der Beihilfestelle in Kopie beifügen.

---

Der Gesamtbetrag der Einkünfte oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte des/der Ehe-/Lebenspartner\*in<sup>1</sup> hat im Vorvorkalenderjahr den Betrag von 21.832 Euro überschritten  
Bitte Einkommensteuerbescheid des/der Ehe-/Lebenspartner\*in<sup>1</sup> in Kopie beifügen. Nein  
Ja **Falls Ja, bitte die nächste Frage ebenfalls beantworten.**

Der Gesamtbetrag der Einkünfte des/der Ehe-/Lebenspartner\*in<sup>1</sup> im laufenden Kalenderjahr wird die Grenze von 21.832 Euro überschreiten Nein  
Ja

---

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>2</sup>**  
  
**Krankenhaustagegeldstufe<sup>2</sup>** mit  Schritten  
max. 10 Schritte (Zahl von 1 bis 10 eintragen)

<sup>2</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.

### Anlagen

- 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 von Ehe-/Lebenspartnern<sup>1</sup> in die Grundversicherung und Zusatzversicherung beantragen. Möchten Sie die Aufnahme in die Pflegetagegeldstufe für Ihren Ehe-/Lebenspartner beantragen, füllen Sie bitte den separaten Antrag auf Pflegetagegeldstufe aus.

## Versicherungsbeginn

- 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.
- Die Versicherung beginnt mit dem Tag der Eheschließung bzw. Begründung der Lebenspartnerschaft, 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 oder freiwilligen Versicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse, wenn der Antrag innerhalb von 3 Monaten eingeht.
- 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.

## Beitragszuschlag nach § 27 Abs. 2 (Eintrittsgeld)

- Wenn die Mitversicherung des Ehe-/Lebenspartners<sup>1</sup> später als 1 Jahr nach Vollendung ihres bzw. seines 25. Lebensjahres beginnt, wird für jedes angefangene Jahr ein monatlicher Beitragszuschlag erhoben. Dies gilt auch, wenn die Mitversicherung unterbrochen wurde für die Zeit, die zwischen der Beendigung und dem Wiederbeginn der Mitversicherung liegt. Dabei bleiben Zeiten, in denen der Beitrag mit mitversicherten Angehörigen entrichtet wurde, außer Betracht.

## Eigene Beihilfeberechtigung

- Ist der Ehe-/Lebenspartner<sup>1</sup> selbst beihilfeberechtigt, so wird ggf. nach § 27 Abs. 4 der Satzung ein Beitragszuschlag fällig.

## Gesamtbetrag der Einkünfte

- Maßgebend ist der im Einkommensteuerbescheid des Vorvorkalenderjahres (z.B. Aufnahme in 2025 – 2 Jahre = 2023) ausgewiesene Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 in Verbindung mit Abs.5a des Einkommensteuergesetzes (EStG). Neben den Einkünften aus einer Beschäftigung, Renten und Versorgungsbezügen zählen hierzu auch Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie regelmäßige Zahlungen aus Rentenversicherungen oder Berufsunfähigkeits- oder Lebensversicherungen. Steuerlich bereits abgeglichene Kapitalerträge, etwa Zinsen oder Dividenden, erhöhen den „Gesamtbetrag der Einkünfte“. Die steuerlich abzugsfähigen Kinderbetreuungskosten sind abzuziehen. Bitte fügen Sie eine Kopie dieses Einkommensteuerbescheides bei. Aus dem Bescheid müssen Name, Vorname, der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehe- bzw. Lebenspartners<sup>1</sup>, die Steuer-ID, sowie das Jahr des Steuerbescheids ersichtlich sein. Andere Angaben können unkenntlich gemacht werden.
- Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte die maßgebende Grenze im Vorvorkalenderjahr überschritten, so kann eine Mitversicherung des Ehe-/Lebenspartners<sup>1</sup> ausnahmsweise bereits im laufenden Jahr erfolgen, wenn das Mitglied erklärt, dass die maßgebende Grenze im laufenden Jahr nicht überschritten wird. Die Mitversicherung erfolgt dann unter dem Vorbehalt des Widerrufs, bis die Höhe des Einkommens am Anfang des darauffolgenden Jahres durch Vorlage des Einkommensteuerbescheides nachgewiesen wird. Sollte bei der Überprüfung festgestellt werden, dass der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehe- bzw. Lebenspartners über der maßgebenden Grenze lag, so wird die Mitversicherung rückwirkend ab Beginn beendet und ggf. kann eine eigene Mitgliedschaft beantragt 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.