

Absender

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

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 4.

---

Persönliche Angaben des Mitglieds

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

Amtsbezeichnung

Besoldungsgruppe

Beschäftigungs-/Betreuungsstelle

Personalnummer  
(falls vorhanden)

Steuer-ID  
(11-stellig)

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

Geburtsname  
(falls abweichend vom Nachnamen)

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

---

Ich beantrage die Mitversicherung 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,  
Pflichtversicherung oder freiwilligen Versicherung  
in einer gesetzlichen Krankenkasse ab  
Bitte Endbescheinigung bzw. Kündigungsbestätigung  
der Krankenkasse beifügen.

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

---

Ansprüche gegen Dritte bei Vorliegen  
einer Beschädigung Ja

Kostenträger der Behandlung Name  
Anschritt

---

**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 Krankenhaustage-  
geldstufe: 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 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 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 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.

## **Einwilligung in die Datenverarbeitung zur Krankenversicherungsnummer**

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

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abruf der Rentenversicherungsnummer 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 Krankenversicherungsnummer finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.pbeakk.de](http://www.pbeakk.de)

### **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.

## **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.

### **Krankenversicherungsnummer (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-krankenversicherter-nummer/>. 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.

Absender

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

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