

## Keine Lust auf Papier?

Dieses Formular können Sie online ausfüllen, speichern und über Ihr digitales Postfach in „Meine Daimler“ über die Daimler BKK App oder die Website an uns übertragen.

## Ende der Beschäftigung von versicherungsfreien Arbeitnehmer:innen Klärung der Weiterversicherung

### Ihre Versichertendaten

Nachname

Vorname

T T M M J J J J J J

| | | | | | | | | |

Geburtsdatum

Versichertennummer (Diese Angabe ist freiwillig)

### Angaben zum Erwerbsstatus

Ich habe eine **neue Beschäftigung** ab T T M M J J J J J J bei dem Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Name und Adresse des Arbeitgebers

Ich beziehe ab T T M M J J J J J J Arbeitslosengeld I. Bitte Kopie Ihres Bewilligungsbescheides beifügen oder hochladen.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Weiterversicherung

Ihre Angaben sind nicht erforderlich, wenn Sie unmittelbar an das Ende Ihrer bisherigen Beschäftigung Arbeitslosengeld beziehen oder eine neue Beschäftigung aufgenommen haben.

Ich habe Anspruch auf Familienversicherung  Nein, ich habe keinen Anspruch auf Familienversicherung

Antrag wird/wurde gestellt über \_\_\_\_\_  
 bei der Daimler BKK  bei anderer Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Name und Sitz der Krankenkasse

Ich habe Kinder. Bitte Nachweis beifügen oder hochladen.  Nein, ich habe keine Kinder.

### Angaben zum Einkommen

Einkommensnachweise sind beizulegen oder hochzuladen (z. B. Steuerbescheid, Abfindungsvertrag oder Entgeltabrechnung).

Ich erziele ab T T M M J J J J J J folgende Einkünfte aus ...

Vermietung und/oder Verpachtung: \_\_\_\_\_ €/monatlich  Kapitalvermögen (z. B. Zinsen): \_\_\_\_\_ €/monatlich

Selbstständiger Tätigkeit (Gewinn): \_\_\_\_\_ €/monatlich  Versorgungsbezügen, Betriebsrente: \_\_\_\_\_ €/monatlich

einer Abfindung/Frühpensionierung: \_\_\_\_\_ €/monatlich

\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ €/monatlich

Ich habe ab T T M M J J J J J J keine Einkünfte, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Mein/-e Ehepartner:in ist nicht gesetzlich krankenversichert. Seine/Ihre Einkünfte betragen \_\_\_\_\_ €/monatlich  
aus folgender Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Wir haben Kinder, die nicht gesetzlich familienversichert sind.  Ja, Anzahl \_\_\_\_\_  Nein

### Angaben zur Beitragszahlung

Die Beiträge sollen abgebucht werden.  Nein, die Beiträge sollen nicht abgebucht werden.  
Bitte SEPA-Lastschriftmandat beilegen/hochladen oder online erteilen.

Ich bestätigte, dass die Angaben richtig sind. Änderungen teile ich so schnell wie möglich mit.

T T M M J J J J J J

Datum

Unterschrift

Telefonnummer (Diese Angabe ist freiwillig)

Eine Unterschrift ist nicht notwendig, wenn Sie den Antrag über  
„Meine Daimler BKK“ hochladen.

**Datenschutzhinweis:** Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 60 SGB I sind wir berechtigt, die Daten zu erheben und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die Nennung von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage [www.daimler-bkk.com](http://www.daimler-bkk.com), Webcode 139d.