

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.

Mitteilung über anderweitige Kranken- und Pflegeversicherung

Ihre Versichertendaten

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer (Diese Angabe ist freiwillig)

Ich habe Anspruch auf Familienversicherung über _____
Nachname und Vorname des Ehepartners/der Ehepartnerin oder Elternteils

Zuständige Krankenkasse: _____ Bitte Nachweis beifügen oder hochladen

Ich bin privat versichert: _____
Name der Versicherungsgesellschaft, bitte Nachweis beifügen oder hochladen

Ich befinde mich im Ausland vom: bis:

Land des Auslandsaufenthaltes: _____

Bitte Nachweis der privaten Vollkosten-/Langzeitkrankenversicherung mit Anspruch auf ambulante und stationäre Krankenbehandlung beifügen oder hochladen

Sonstiges: _____

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

Datum

Unterschrift

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

Telefonnummer (Diese Angabe ist freiwillig)