

## 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.

## Daimler BKK-Pflegekasse Erklärung der Weiterversicherung

### Ihre Versichertendaten

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer (Diese Angabe ist freiwillig)

### Ich beantrage die Weiterversicherung wegen:

**Ausscheiden aus der Pflicht-Mitgliedschaft** (Bitte geben Sie die Versicherungszeiten der letzten fünf Jahre an)

Vom	Bis	Krankenkasse/Pflegekasse	Mitglied	Familienversichert
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Auslandsaufenthalt**

Dauer des Auslandsaufenthaltes: Vom                      Bis

### Angaben zur Beitragsberechnung

Ich habe Kinder (Bitte Nachweis beifügen oder hochladen)  Ich habe keine Kinder

Monatliches Einkommen aus (Bitte Nachweis beifügen oder hochladen)

€/Monat  €/Monat  €/Monat

Unselbstständiger Beschäftigung\*  €/Monat  €/Monat  €/Monat

Grundbesitz (Miete, Pacht)  €/Monat  €/Monat  €/Monat

Sonstige Einkünfte (z. B. Unterhalt)  €/Monat  €/Monat  €/Monat

**Gesamteinkommen im Monat**  €/Monat

\*einschließlich Sonderzahlungen wie Weihnachts- und Urlaubsgeld usw.

### Hinweis

Als Einkommen gelten Ihre Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes ohne Abzüge von Steuern, Sonderausgaben, Freibeträgen und Abschreibungen. Die Beitragsbemessung erfolgt nach Ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Bitte teilen Sie uns Veränderungen in Ihrer Tätigkeit oder in Ihren Einkommensverhältnissen umgehend mit, damit wir Sie Ihren Verhältnissen entsprechend versichern können.

### 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.

Datum

Unterschrift

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

Telefonnummer (Diese Angabe ist freiwillig)

**Datenschutzhinweis:** Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 206 SGB V, sowie nach § 94 und § 50 SGB XI 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.