

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.

Angaben zu den Vorversicherungszeiten im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

Ihre Versichertendaten

Nachname

Vorname

T T M M J J J J J J

Geburtsdatum

| | | | | | | | | |

Versichertennummer (Diese Angabe ist freiwillig)

Ich war bei folgenden Krankenkassen versichert

Vom	Bis	Krankenkasse	Mitglied	Familienversichert
T T M M J J J J J J	T T M M J J J J J J	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T T M M J J J J J J	T T M M J J J J J J	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T T M M J J J J J J	T T M M J J J J J J	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T T M M J J J J J J	T T M J J J J J J J	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Folgende Kinder können für die Vorversicherungszeit als Rentner:in angerechnet werden

Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Kindschaftsverhältnis
Kind 1 _____	T T M M J J J J J J	<input type="checkbox"/> leibl. Kind/Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Kind 2 _____	T T M M J J J J J J	<input type="checkbox"/> leibl. Kind/Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Kind 3 _____	T T M M J J J J J J	<input type="checkbox"/> leibl. Kind/Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Kind 4 _____	T T M M J J J J J J	<input type="checkbox"/> leibl. Kind/Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind

Tag der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit: T T M M J J J J J J

Angaben zur/zum Hauptversicherten, bei der/dem eine Familienversicherung bestand:

Nachname

Vorname

T T M M J J J J J J

Geburtsdatum

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

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, Webcode 139d.