

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.

Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

1/3

A Angaben zur pflegebedürftigen Person

Nachname

Geburtsdatum

Vorname

Versichertennummer (Diese Angabe ist freiwillig)

B Angaben zur pflegenden Person

1 Persönliche Angaben

Nachname

Geburtsdatum

Rentenversicherungsnummer

Vorname

Straße Hausnummer, PLZ Ort

Telefon (Diese Angabe ist freiwillig)

Wenn keine Versicherungsnummer für Deutschland bekannt ist:

Geburtsname/ggf. frühere Namen

Männlich Weiblich Unbestimmt/Divers

Geburtsland und Geburtsort

Staatsangehörigkeit

2 Angaben zur Pflege

2.1 Seit wann und in welchem Umfang führen Sie die Pflege durch?

Seit dem , wöchentlich insgesamt _____ Stunden, verteilt auf folgende Tage:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Sonntag

In folgendem Rhythmus: Jede Woche Alle _____ Wochen/ _____ Monate

2.2 Wird die Pflege nur vorübergehend (nicht mehr als zwei Monate bzw. 60 Tage im Jahr), als Aushilfe/Vertretung ausgeübt?

Nein Ja, vom bis (Weiter bei Abschnitt C)

2.3 Sind außer Ihnen noch andere Pflegepersonen für die pflegebedürftige Person tätig?

Nein Ja, _____
Nachname, Vorname (Bitte geben Sie weitere Pflegepersonen mit ihrer Anschrift auf einem gesonderten Blatt an.)

Straße Hausnummer, PLZ Ort

2.4 Wo wird die Pflege durchgeführt?

Im Haushalt der pflegebedürftigen Person In meinem Haushalt Im gemeinsamen Haushalt Sonstiger Pflegeort:

Name, Straße Hausnummer

PLZ Ort

2.5 In welcher Beziehung stehen Sie zur pflegebedürftigen Person?

Familienangehörige:r/Verwandte:r Sonstige Person

2.6 Werden Sie von der pflegebedürftigen Person eine Geldleistung erhalten?

Nein Ja, in Höhe von _____ €

Lesen Sie bitte auf der zweiten Seite weiter.

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.

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.

Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

3/3

B Angaben zur Pflege

4.2 Hatten Sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach SGB III?

Nein Ja, bis zum: Bitte entsprechenden Nachweis beifügen oder hochladen.

4.3 Besteht für Sie für die Zeit der Pflegetätigkeit ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung?

Nein Ja Bitte entsprechenden Nachweis beifügen oder hochladen.

Art des Versicherungsverhältnisses: _____

4.4 Erziehen Sie für die Zeit der Pflegetätigkeit ein Kind (leibliches Kind, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind), das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat?

Nein Ja Bitte entsprechenden Nachweis beifügen oder hochladen.

5 Haben Sie während der Zeit der Pflegetätigkeit Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III?

Nein Ja Bitte entsprechenden Nachweis beifügen oder hochladen.

6 Wurde für Sie vom Rentenversicherungsträger eine volle Erwerbsminderung auf Dauer festgestellt?

Nein Ja Bitte entsprechenden Nachweis beifügen oder hochladen.

7 Wurde Ihnen eine dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbare Leistung eines ausländischen Versicherungsträgers zuerkannt?

Nein Ja, seit: Bitte entsprechenden Nachweis beifügen oder hochladen.

C Datenschutzhinweis

Die Erhebung der Daten beruht auf § 44 SGB XI

D Erklärung

Ich bestätige, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich werde Ihnen unverzüglich mitteilen, wenn ich die o. a. Pflege beende, unterbreche oder wenn sonstige Veränderungen in den Verhältnissen eintreten (z. B. zeitliche Dauer der Pflege, Bezug einer Rente wegen Alters, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze).

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.