



Angaben zur Krankenversicherung

Versicherten-Nr. _____ - _____

Name _____

Geburtsdatum _____ . _____ . _____

Ich bin aktuell Mitglied einer privaten Krankenversicherung (PKV).

Seit dem _____ . _____ . _____

Name der PKV _____

Anschrift _____

Wir bestätigen, dass für die oben genannte versorgungsempfangende Person bei uns eine private Kranken- und Pflegevollversicherung besteht und der Versicherungsschutz Leistungen beinhaltet, die ihrer Art und ihrem Umfang nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der PKV

Ich bin aktuell Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse.

Seit dem _____ . _____ . _____

Name der Krankenkasse _____

Anschrift _____

Ihr Geburtsort/-land _____

Datenschutz: Ihre personenbezogenen Daten werden im Rahmen der Zweckbestimmung des Vertragsverhältnisses gemäß den Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet. Informationen dazu stehen Ihnen auch unter www.bvv.de/datenschutz zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift der Rente empfangenden Person

Hinweis: Der BVV ist verpflichtet, die zuständige Krankenkasse zu ermitteln und diesen den Beginn sowie die Höhe der Versorgungsbezüge zu melden (§ 202 SGB V). Dazu benötigen wir Ihre Renten-/Sozialversicherungsnummer. Diese fragen wir im elektronischen Verfahren bei der DSRV (Datenstelle der Träger der Rentenversicherung) ab. Hierfür ist die Angabe Ihres Geburtsortes und des Geburtslandes erforderlich.

BVV Versicherungsverein
des Bankgewerbes a.G.
BVV Versorgungskasse
des Bankgewerbes e.V.
Sitz der Vereine: Berlin
BVV Pensionsfonds
des Bankgewerbes AG
Sitz der Gesellschaft: Berlin

Kurfürstendamm 111 - 113
10711 Berlin
Telefon: 030 / 896 01-681
Telefax: 030 / 896 01-29 681
rente@bvv.de
www.bvv.de