



Mercedes Benz **BKK**: Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung.

1. Angaben zum Mitglied

Nachname _____
Vorname _____
E-Mail, Telefon tagsüber¹

Versichertennummer (Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte)

3. Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes
 Heirat Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des/der Angehörigen
 Sonstiges: _____

Allgemeine Angaben

Nachname _____
Bei vom Mitglied abweichendem Nachnamen bitte Geburts- bzw. Heirats-/Abstammungsurkunde beifügen.
Vorname _____
Geschlecht W M D U³
³ Weiblich/Männlich/Divers/Unbestimmt
Geburtsdatum _____
Ggf. abweichende Anschrift _____
Straße Hausnummer _____
PLZ Ort _____

Warum sind Ihre Angaben zur Familienversicherung wichtig?
Für eine beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen gelten bestimmte gesetzliche Auflagen. Deshalb benötigen wir die Angaben zu Ihrem/Ihrer Ehe-/Lebenspartner:in auch dann, wenn Sie nur Ihre Kinder bei uns versichern wollen – u.a. damit ausgeschlossen ist, dass eine gleichzeitige Versicherung bei verschiedenen Krankenkassen besteht. Ist Ihr/-e Ehe-/Lebenspartner:in mit den Kindern verwandt, aber nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, benötigen wir Einkommensnachweise. Im Rahmen der gesetzlichen Auflagen erhalten Sie künftig einmal jährlich von uns einen Fragebogen für die Weiterführung der Familienversicherung.

Bisherige Krankenversicherung Mitgliedschaft
 Familienversicherung
 Nicht gesetzlich
Versicherungszeitraum von _____ bis _____
Versichertennummer _____
Diese finden Sie auf der jeweiligen Gesundheitskarte.
Name und Sitz der Krankenkasse _____

2. Angaben zur Person, die mitversichert werden soll

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner:in² soll beitragsfrei mitversichert werden ab: _____
Mein/-e Kind/-er soll/-en beitragsfrei mitversichert werden ab: _____
Bei mehr als zwei mitzuversichernden Kindern bitte zusätzlich die dritte und vierte Seite verwenden.

4. Familienstand

Ledig Verheiratet Getrennt lebend
 Geschieden seit: _____ Verwitwet
 Eingetragene Lebenspartnerschaft²
¹Die Angaben sind freiwillig. ²Nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG.

6. Kind/-er

Ich möchte _____ Kind/-er mitversichern:

Kind 1	Kind 2
Nachname _____	Nachname _____
Vorname _____	Vorname _____
Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> U ³	Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> U ³
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
Ggf. abweichende Anschrift _____	Ggf. abweichende Anschrift _____
Straße Hausnummer _____	Straße Hausnummer _____
PLZ Ort _____	PLZ Ort _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied
 Leibl. Kind (auch adoptiert) Leibl. Kind (auch adoptiert)
 Stiefkind Enkelkind Stiefkind Enkelkind
 Pflegekind Pflegekind
Mein/-e Ehe-/Lebenspartner:in ist der leibliche Elternteil des Kindes
 Ja Nein Ja Nein

Mitgliedschaft
 Familienversicherung
 Nicht gesetzlich
Versicherungszeitraum von _____ bis _____
Versichertennummer _____
Name und Sitz der Krankenkasse _____



Mercedes Benz **BKK**: Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung.

Nachname _____ Vorname _____ Versichertennummer _____

	Ehe-/Lebenspartner:in	Kind 1	Kind 2
Rentenversicherungs-Nr. Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:	_____	_____	_____
Geburtsname	_____	_____	_____
Geburtsort	_____	_____	_____
Geburtsland	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____

Einkünfte Angaben für Kinder ab 14 Jahren erforderlich.

Mein/-e Familienangehörige:r/
-angehörigen hat/haben
eigenes Einkommen: Ja Ja Ja

Wenn „Ja“, beantworten Sie bitte die folgenden Punkte für Ihre/-n Familienangehörigen.

Durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt monatlich ⁴	_____ €	_____ €	_____ €
Durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob monatlich	_____ €	_____ €	_____ €
Durchschnittlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit monatl. ⁴	_____ €	_____ €	_____ €
Gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländ. Rente, sonst. Renten monatl. ⁴	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige Einkünfte monatlich ⁴	_____ €	_____ €	_____ €
Art der Einkünfte ⁴ Z.B. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalvermögen oder Abfindung	_____	_____	_____

⁴ Bitte vollständige Kopie Ihres aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen.

Bezug von Arbeitslosengeld II Ja Ja Ja

Selbstständige Tätigkeit liegt vor Ja Ja Ja

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meines/meiner o.a. Angehörigen verändert (z.B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese selbst Mitglied einer (anderen) Krankenkasse bzw. einer anderen Krankenversicherung werden.

Datum

Unterschrift des Mitglieds
Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung des/der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Ggf. Unterschrift des/der Familienangehörigen
Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

Schul- oder Studienzzeit
Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.

Schule Studium Schule Studium

von _____ von _____

bis _____ bis _____

Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst
Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.

von _____ von _____

bis _____ bis _____

Datenschutzhinweis: Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. 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.