

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

| 2

Nachname	Vorname	Versichertennummer	
Allgemeine Angaben	Kind 3	Kind 4	Kind 5
Nachname <small>(Bei vom Mitglied abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)</small>			
Vorname			
Geschlecht <small>¹ Weiblich/Männlich/Divers/Unbestimmt</small>	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> U ¹	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> U ¹	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> U ¹
Geburtsdatum			
Ggf. abweichende Anschrift			
	Straße Hausnummer	Straße Hausnummer	Straße Hausnummer
	PLZ Ort	PLZ Ort	PLZ Ort
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	<input type="checkbox"/> Leibl. Kind (auch adoptiert) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Leibl. Kind (auch adoptiert) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Leibl. Kind (auch adoptiert) <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Mein/-e Ehe-/Lebenspartner:in ist der leibliche Elternteil des Kindes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bisherige Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Nicht gesetzlich
Versicherungszeitraum	von bis 	von bis 	von bis
Versichertennummer <small>Diese finden Sie auf der jeweiligen Gesundheitskarte.</small>			
Name und Sitz der Krankenkasse			
Rentenversicherungs-Nr. <small>Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:</small>			
Geburtsname			
Geburtsort			
Geburtsland			
Staatsangehörigkeit			

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

Nachname _____ Vorname _____ Versichertennummer _____

Einkünfte

Mein/-e Kind/-er hat/haben eigenes Einkommen

Kind 3

Angaben für Kinder ab 14 Jahren erforderlich:

Ja

Kind 4

Ja

Kind 5

Ja

Wenn „Ja“, beantworten Sie bitte folgende Punkte für Ihr/-e Kind/-er:

Durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt monatlich ²	_____ €	_____ €	_____ €
Durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob monatlich	_____ €	_____ €	_____ €
Durchschnittlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit monatl. ²	_____ €	_____ €	_____ €
Gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländ. Rente, sonst. Renten monatl. ²	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige Einkünfte monatlich ²	_____ €	_____ €	_____ €
Art der Einkünfte ² Z.B. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalvermögen oder Abfindung	_____ €	_____ €	_____ €

² Bitte vollständige Kopie Ihres aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen.

Bezug von Arbeitslosengeld II Ja Ja Ja

Selbstständige Tätigkeit liegt vor Ja Ja Ja

Schul- oder Studienzeit

Schule Studium Schule Studium Schule Studium

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

von _____ bis _____ von _____ bis _____ von _____ bis _____

Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst

Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.

von _____ bis _____ von _____ bis _____ von _____ bis _____

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.

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.