

Mercedes Benz **BKK**: Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung. | 2

Nachname _____	Vorname _____	Versichertennummer _____		
Allgemeine Angaben	Kind 3	Kind 4	Kind 5	
Nachname (Bei vom Mitglied abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)	_____	_____	_____	
Vorname _____	_____	_____	_____	
Geschlecht ¹ Weiblich/Männlich/Divers/Unbestimmt	<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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	von <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Versichertennummer Diese finden Sie auf der jeweiligen Gesundheitskarte.	_____	_____	_____	
Name und Sitz der Krankenkasse	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	
Rentenversicherungs-Nr. Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:	_____	_____	_____	
Geburtsname	_____	_____	_____	
Geburtsort	_____	_____	_____	
Geburtsland	_____	_____	_____	
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	

Mercedes Benz **BKK**: Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung. | 2

Nachname _____ Vorname _____ Versichertennummer _____

	Kind 3	Kind 4	Kind 5
Einkünfte	Angaben für Kinder ab 14 Jahren erforderlich:		
Mein/-e Kind/-er hat/haben eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Schul- oder Studienzeit	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Studium

Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.	von <input type="text" value="TTMMJJJJJJ"/>	von <input type="text" value="TTMMJJJJJJ"/>	von <input type="text" value="TTMMJJJJJJ"/>
	bis <input type="text" value="TTMMJJJJJJ"/>	bis <input type="text" value="TTMMJJJJJJ"/>	bis <input type="text" value="TTMMJJJJJJ"/>

Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst	von <input type="text" value="TTMMJJJJJJ"/>	von <input type="text" value="TTMMJJJJJJ"/>	von <input type="text" value="TTMMJJJJJJ"/>
Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.	bis <input type="text" value="TTMMJJJJJJ"/>	bis <input type="text" value="TTMMJJJJJJ"/>	bis <input type="text" value="TTMMJJJJJJ"/>

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: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 60 SGB I 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.mercedes-benz-bkk.com, Webcode 139d.

Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu den Grundüberzeugungen von Mercedes-Benz. Dies zeigen wir in der Art und Weise, wie wir denken, handeln und kommunizieren. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe selbstverständlich alle Geschlechter und Identitäten ein.