

Wenn Sie bei uns schon Mitglied sind und in unserem Online-Kundencenter „Meine Mercedes-Benz BKK“ registriert sind, können Sie Ihr/-e Kind/-er schnell online versichern. Einfach in unserer App oder unter „[Meine Mercedes-Benz BKK](#)“ anmelden und in der Rubrik „Online-Formulare/Familienversicherung“ das Web-Formular ausfüllen, abschicken, fertig! Es ist keine Unterschrift erforderlich.



Mercedes Benz BKK: Antrag für die Versicherung von Neugeborenen.

1. Angaben zum Mitglied

Nachname _____

Vorname _____

E-Mail, Telefon tagsüber¹

Versichertennummer (Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte)

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.

3. Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes

Heirat Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des/der Angehörigen

Sonstiges: _____

4. Ihr Familienstand

Ledig Verheiratet Getrennt lebend

Geschieden seit: _____ Verwitwet

Eingetragene Lebenspartnerschaft²

¹Die Angaben sind freiwillig. ²Nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG.

5. Ehe-/Lebenspartner/-in

Auch wenn Ihr/-e Ehe-/Lebenspartner/-in nicht bei uns mitversichert werden soll, benötigen wir folgende Angaben

6. Kind/-er

Ich möchte _____ Kind/-er mitversichern:

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 _____

Kind 1

Nachname _____

Vorname _____

Geschlecht W M D U³

Geburtsdatum

Ggf. abweichende Anschrift _____
 Straße Hausnummer _____
 PLZ Ort _____

Kind 2

Nachname _____

Vorname _____

Geschlecht W M D U³

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.

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

Bisherige Krankenversicherung Mitgliedschaft
 Familienversicherung
 Nicht gesetzlich

Versicherungszeitraum von

bis

Versichertennummer _____
 Diese finden Sie auf der jeweiligen Gesundheitskarte.

Name und Sitz der Krankenkasse _____

Mitgliedschaft Mitgliedschaft

Familienversicherung Familienversicherung

Nicht gesetzlich Nicht gesetzlich

Versicherungszeitraum von

bis

Versichertennummer _____

Name und Sitz der Krankenkasse _____



Mercedes Benz **BKK**: Antrag für die Versicherung von Neugeborenen.

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

Einkünfte

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in bzw. mein Kind hat eigenes Einkommen:

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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	<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

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 Studienzeit

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

<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Studium
von _____	_____	von _____	_____
bis _____	_____	bis _____	_____

Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst

Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.

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

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.