

Mercedes-Benz BKK: Questionnaire for inclusion in family insurance

Start of family insurance from:

Beginn der Familienversicherung

Member's general details Allgemeine Angaben des Mitglieds

Last name
Name

First name
Vorname

Health insurance no. (KV-NR.)
Versichertennummer

Date of birth
Geburtsdatum

Reason for inclusion in family insurance:

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Start of my membership Birth of child Marriage

Termination of the relative's own previous membership

Other:

Marital status of the member:

Familienstand des Mitglieds

Single Married Separated Divorced Widowed

Registered civil partnership under the Civil Partnership Act (LPartG)

My spouse is self-insured:

Mein Ehepartner ist selbstversichert

No Yes, with

Name, registered office of the health insurance fund Name und Anschrift der Krankenversicherung

I am available on telephone no.

Ich bin tagsüber telefonisch erreichbar unter folgender Nummer ... (freiwillige Angabe)

during the day (optional information)

Email:

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

(optional information)

Details of family members Angaben zu Familienangehörigen

The following details are only required for family members who are to be insured with us. **In deviation from this, we also re-quire individual details of your spouse/civil partner if we are only to provide family insurance for your children and your spouse/civil partner is related to these children.** In this case, in addition to the general details, details of the insurance of the spouse/civil partner and—if they are not legally insured—additional details of their income is required; in this case, the income must be substantiated by proof of income; allowances paid with regard to marital status are not taken into account in the income details.

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt

General details of family members

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen	Spouse/civil partner Ehe-/Lebenspartner	Child Kind	Child Kind	Child Kind
Last name* Name*				
* If the last name of the member and the family member differs, the marital status must be verified once by means of suitable documents (e.g. marriage certificate, civil partnership certificate, birth certificate) or—if it is not possible to submit these—by means of other suitable documents (e.g. notification of child benefit). * Bei abweichendem Familiennamen zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
First name Vorname				
Gender Geschlecht f=female, m=male, x=non-binary, d=diverse weiblich, männlich, unbestimmt, divers	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d
Date of birth Geburtsdatum				
Address if different to the member's address Street house number, postcode town Ggf. vom Mitglied abweichende Adresse Straße Hausnummer, Plz Ort				
Member's relationship to the child (*The term "biological child" is also to be used in the case of adoption) Verwandschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind *Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.	<input type="checkbox"/> Biological child* Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stepchild Stiefkind <input type="checkbox"/> Grandchild Enkel <input type="checkbox"/> Foster child Pflegekind <input type="checkbox"/> No Nein	<input type="checkbox"/> Biological child* Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stepchild Stiefkind <input type="checkbox"/> Grandchild Enkel <input type="checkbox"/> Foster child Pflegekind <input type="checkbox"/> No Nein	<input type="checkbox"/> Biological child* Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stepchild Stiefkind <input type="checkbox"/> Grandchild Enkel <input type="checkbox"/> Foster child Pflegekind <input type="checkbox"/> No Nein	<input type="checkbox"/> Biological child* Leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stepchild Stiefkind <input type="checkbox"/> Grandchild Enkel <input type="checkbox"/> Foster child Pflegekind <input type="checkbox"/> No Nein
Is the spouse/civil partner related to the child? Please check only if there is no family relationship. Ist der Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt? Bitte nur beim fehlenden Verwandschaftsverhältnis ankreuzen.				
School attendance/university studies for children aged 23 and over Please include a school or university enrollment certificate Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren. Bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> Yes Ja
Voluntary military service Please include a certificate of service Freiwilliger Wehrdienst. Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> Yes Ja	<input type="checkbox"/> Yes Ja

Mercedes-Benz BKK: Questionnaire for inclusion in family insurance

Details of family members' previous insurance				
Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen	Spouse/civil partner Ehe-/Lebenspartner	Child Kind	Child Kind	Child Kind
<p>The previous insurance policy ended on: Die bisherige Krankenversicherung endete am:</p> <p>was with: (Name of health insurance company) bestand bei: (Name der Krankenkasse)</p> <p>Type of previous insurance: Art der bisherigen Krankenversicherung</p> <p>If the most recent cover was under family insurance, last name and first name of the person from whose membership the family insurance was derived Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde</p> <p>The previous insurance continues to exist with: Name of health insurance company/ health insurance Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung)</p>	<p>Date Datum</p> <p><input type="checkbox"/> Membership Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Family insurance Familienversicherung <input type="checkbox"/> Not compulsory Nicht-gesetzlich</p> <p>Last name Name</p> <p>First name Vorname</p>	<p>Date Datum</p> <p><input type="checkbox"/> Membership Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Family insurance Familienversicherung <input type="checkbox"/> Not compulsory Nicht-gesetzlich</p> <p>Last name Name</p> <p>First name Vorname</p>	<p>Date Datum</p> <p><input type="checkbox"/> Membership Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Family insurance Familienversicherung <input type="checkbox"/> Not compulsory Nicht-gesetzlich</p> <p>Last name Name</p> <p>First name Vorname</p>	<p>Date Datum</p> <p><input type="checkbox"/> Membership Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Family insurance Familienversicherung <input type="checkbox"/> Not compulsory Nicht-gesetzlich</p> <p>Last name Name</p> <p>First name Vorname</p>

Details of the family members' income				
Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen	Spouse/civil partner Ehe-/Lebenspartner	Child Kind	Child Kind	Child Kind
<p>Self-employed Selbstständige Tätigkeit liegt vor</p> <p>Profit from self-employment (monthly) Please enclose a copy of the current notice of income tax assessment Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.</p> <p>Minor employment (mini-job) Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor</p> <p>Statutory pension, pension and related benefits, company pension, foreign pension, other pensions (monthly payment amount) Gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatl. Zahlbetrag)</p> <p>Other regular income within the meaning of income tax law (e.g. gross pay from more than minor employment, income from letting and leasing, investment income) Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)</p> <p>Other income (e.g. severance pay for loss of employment) Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes Ja</p> <p>€ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Yes Ja</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p> <p>Type of income Art des Einkommens</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes Ja</p> <p>€ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Yes Ja</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p> <p>Type of income Art des Einkommens</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes Ja</p> <p>€ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Yes Ja</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p> <p>Type of income Art des Einkommens</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes Ja</p> <p>€ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Yes Ja</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p> <p>€ _____</p> <p>Type of income Art des Einkommens</p>

