



Mercedes-Benz BKK: Your Application Form for Family Insurance.

Ihr Aufnahmeantrag zur Familienversicherung

1. Member's details Angaben zum Mitglied

Last name Nachname _____

First name Vorname _____

Daytime telephone number/Email (this information is optional)
Telefon tagsüber/E-Mail (Die Angaben sind freiwillig)

Health insurance number (found on your health card/Gesundheitskarte)
Versichertennummer

3. Reason for inclusion in family insurance

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Start of my membership** Beginn meiner Mitgliedschaft **Birth of child** Geburt des Kindes **Marriage** Heirat
- End of family member's individual membership** Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des/der Angehörigen
- Other:** _____ Sonstiges

2. Details about the additional person/people to be insured on the member policy

Angaben zur Person, die mitversichert werden soll

My spouse/life partner¹ needs to be covered at no additional charge from:
Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in¹ soll beitragsfrei mitversichert werden ab:

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Day Month Year
(Tag/Monat/Jahr)

My child/children need/s to be covered at no additional charge from:
Mein/-e Kind/-er soll/-en beitragsfrei mitversichert werden ab:

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Day Month Year
(Tag/Monat/Jahr)

¹As per the German Life Partnership Act (LPartG)
¹Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

4. Marital status of member

Familienstand

- Single** Ledig **Married** Verheiratet **Separated** Getrennt lebend
- Divorced since** _____ Geschieden seit **Widowed** Verwitwet
- Registered life partnership¹** Eingetragene Lebenspartnerschaft¹

5. Spouse/life partner

Ehe-/Lebenspartner/-in

Even if your spouse/life partner does not need to be covered with us, we still require the following information.

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

General family member details

Allgemeine Angaben zum Familienmitglied

Spouse/Life partner

Ehe-/Lebenspartner/-in

Child 1

Kind 1

Child 2

Kind 2

Child 3

Kind 3

Last name Nachname _____

If last name differs from that of the member, please enclose birth certificate or marriage/genealogical certificate (Abstammungsurkunde) as appropriate
Bei vom Mitglied abweichendem Nachnamen bitte Geburts- bzw. Heirats-/Abstammungsurkunde beifügen

First name Vorname _____

Gender (female/male/other/undefined)
Geschlecht (weibl./männl./divers/unbestimmt)

(f) (m) (o) (u)

(f) (m) (o) (u)

(f) (m) (o) (u)

(f) (m) (o) (u)

Date of birth Geburtsdatum
Tag Monat Jahr

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Day Month Year

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Day Month Year

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Day Month Year

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Day Month Year

Address if different from that of member
Ggf. abweichende Adresse

Street house number
Straße Hausnummer

Postcode town
PLZ

Postcode town
PLZ

Postcode town
PLZ

Postcode town
PLZ

Why do we need this information for family insurance?

For dependents to qualify for insurance cover at no additional cost, certain legal requirements must be fulfilled. This is why we need information about your spouse/life partner even if you only want to insure your children on your policy - this ensures, among other things, that insurance is not held with more than one health insurance fund at the same time. If your spouse/life partner is related to the child/children, but not a member of any statutory health insurance fund, we require proof of income. In line with legal requirements you will receive a questionnaire from us each subsequent year, which must be completed to continue family insurance.

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.

Mercedes-Benz BKK: Your Application Form for Family Insurance.

Ihr Aufnahmeantrag zur Familienversicherung

Last name Nachname

First name Vorname

Health insurance number Versichertennummer

5. Spouse/life partner

Ehe-/Lebenspartner/-in

General family member details

Allgemeine Angaben zum Familienmitglied

How is the child related to the member?

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied

Is the spouse/life partner the natural parent of the child?

Details of the last insurance or any existing insurance held by the family members.

Current health insurance
Art der bisherigen Krankenversicherung

- Membership**
Mitgliedschaft
- Family insurance**
Familienversicherung
- Non-statutory**
Nicht gesetzlich

Period of insurance cover

Versicherungszeitraum

from _____
von Day Month Year

to _____
bis Day Month Year

Held with (name and address of the health insurance fund) Name und Adresse der Krankenkasse

Health insurance number

(found on your health card/ Gesundheitskarte)

Versichertennummer

Pension insurance number

Rentenversicherungs-Nr.

If pension insurance number not yet available, please state:

Falls noch keine Rentenversicherungs-Nr. vorliegt, bitte angeben:

Birth name Geburtsname

Place of birth Geburtsort

Country of birth Geburtsland

Nationality Staatsangehörigkeit

6. Child/children

Kind/Kinder

Child 1

Kind 1

Child 2

Kind 2

Child 3

Kind 3

Biological child
Adopted child
Leibliches Kind
Adoptiertes Kind

Stepchild
Stiefkind

Grandchild
Enkelkind

Foster child
Pflegekind

Yes Ja

No Nein

Biological child
Adopted child

Stepchild

Grandchild

Foster child

Yes

No

Biological child
Adopted child

Stepchild

Grandchild

Foster child

Yes

No

Membership

Family insurance

Non-statutory

Membership

Family insurance

Non-statutory

Membership

Family insurance

Non-statutory

Day Month Year
