



Mercedes-Benz **BKK**: Your Application Form for Family Insurance. | 1

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

Street house number
Straße Hausnummer

Street house number
Straße Hausnummer

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. | 2

Ihr Aufnahmeantrag zur Familienversicherung

Last name Nachname

First name Vorname

Health insurance number Versichertennummer

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

- ☐ **Biological child**
Adopted child
Leibliches Kind
Adoptiertes Kind
- ☐ **Stepchild**
Stiefkind
- ☐ **Grandchild**
Enkelkind
- ☐ **Foster child**
Pflegekind

- ☐ **Yes** Ja
- ☐ **No** Nein

Child 2

Kind 2

- ☐ **Biological child**
Adopted child
- ☐ **Stepchild**
- ☐ **Grandchild**
- ☐ **Foster child**

- ☐ **Yes**
- ☐ **No**

Child 3

Kind 3

- ☐ **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**

Mercedes-Benz BKK: Your Application Form for Family Insurance. | 3

Ihr Aufnahmeantrag zur Familienversicherung

Last name Nachname _____ First name Vorname _____ Health insurance number Versichertennummer _____

7. Income

Spouse/Life partner
Ehe-/Lebenspartner:in

Child 1
Kind 1

Child 2
Kind 2

Child 3
Kind 3

The family member has an own income
Das Familienmitglied hat ein eigenes Einkommen ☐ Yes Ja

☐ Yes

☐ Yes

☐ Yes

If yes, please answer the following details. Details required for children aged 14 or over
Wenn ja, bitte folgende Punkte beantworten. Angaben für Kinder ab 14 Jahren erforderlich

Average monthly gross income³ € _____
Durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsentgelt

€ _____ € _____ € _____

Average monthly gross income from marginal employment/mini-jobs
Durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob € _____

€ _____ € _____ € _____

Average monthly profit from self-employed work³ € _____
Durchschnittlicher monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit

€ _____ € _____ € _____

Monthly income from statutory pension and related benefits, company pension, pension from another country, other pensions³ € _____
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländ. Rente, sonstige Renten (monatlich)

€ _____ € _____ € _____

Other regular monthly income € _____
Sonstige regelmäßige Monatseinkommen

€ _____ € _____ € _____

Type of income³

For example, income from property, leasing, investment income, or severance pay Z.B. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalvermögen oder Abfindung

³Please attach copy of latest income tax assessment (in full) ³Bitte vollständige Kopie Ihres aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen

Recipient of unemployment benefit II ☐ Yes
Bezug von Arbeitslosengeld II

☐ Yes

☐ Yes

☐ Yes

Self-employed ☐ Yes
Selbstständige Tätigkeit liegt vor

☐ Yes

☐ Yes

☐ Yes

8. School or higher education

For children aged 23 or over, please enclose certificate of schooling or studies

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

From Von (Tag/Monat/Jahr)

To Bis

☐ School ☐ Studies ☐ School ☐ Studies ☐ School ☐ Studies

Day Month Year Day Month Year Day Month Year

Day Month Year Day Month Year Day Month Year

9. Military, civilian or voluntary service

Please enclose certificate as proof of service period
Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen

From Von (Tag/Monat/Jahr)

To Bis

Day Month Year Day Month Year Day Month Year

Day Month Year Day Month Year Day Month Year

I confirm that the details provided are accurate. I will inform you immediately of any changes. This applies in particular if there is any change in the income of my family member/s shown above (e.g. new income tax assessment for a self-employed person) or if any of the family members themselves join a (different) health insurance fund.

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.

Date (DD/MM/YYYY) Datum

Member's signature Unterschrift des Mitglieds

By signing this document, I confirm that I have obtained the consent of the family member/s to supply the necessary information. Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung des/der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Family member's signature (if applicable) Ggf. Unterschrift des/der Familienangehörigen

Where family members are living separately, the signature of the family member/s is sufficient. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

Data protection notice: We need your personal data (social data) to do our job properly for you. According to § 284 of the Social Security Code (SGB) V in conjunction with § 60 SGB I we are entitled to collect the data and you are obliged to cooperate. The entry of telephone number and e-mail address is voluntary. Your information will be treated confidentially and subject to data protection. Further information about the processing of your personal data by us and your rights under the EU General Data Protection Regulation can be found on our homepage www.mercedes-benz-bkk.com, webcode 139d. 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 personen-bezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage www.mercedes-benz-bkk.com, Webcode 139d.