Daimler BKK

Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung

1. Angaben zum Mitglied

Name

Vorname

E-Mail, Telefon tagsüber*

Versichertennummer (Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte)

2. Angaben zur Person, die mitversichert werden soll

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in** soll beitragsfrei mitversichert werden ab: Tag Monat Jahr

Mein/-e Kind/-er soll/-en beitragsfrei mitversichert werden ab: Tag Monat Jahr

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. Familienstand

☐ Ledig ☐ Verheiratet ☐ Getrennt lebend

☐ Geschieden seit _____ ☐ Verwitwet

☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft**

*Die Angaben sind freiwillig. **Nach 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	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind 1	Kind 2
Name (Bei vom Mitglied abweichendem Nachnamen bitte Geburts- bzw. Heirats-/Abstammungsurkunde beifügen)			
Vorname			
Geschlecht ***weiblich/männlich/divers/unbestimmt	☐ (w) ☐ (m) ☐ (d) ☐ (u)***	☐ (w) ☐ (m) ☐ (d) ☐ (u)***	☐ (w) ☐ (m) ☐ (d) ☐ (u)***
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
Ggf. abweichende Anschrift	Straße Hausnummer	Straße Hausnummer	Straße Hausnummer
	PLZ Ort	PLZ Ort	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.

	Kind 1	Kind 2
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	☐ Leibl. Kind (auch adoptiert) ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind	☐ Leibl. Kind (auch adoptiert) ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind
Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in ist der leibliche Elternteil des Kindes	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

Bisherige Krankenversicherung	Ehe-/Lebenspartner/-in	Kind 1	Kind 2
	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ Nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ Nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ Nicht gesetzlich
Versicherungszeitraum	von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr	von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr	von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr
Versichertennummer (Diese finden Sie auf der jeweiligen Gesundheitskarte)			
Name und Sitz der Krankenkasse			

Daimler**BKK**

Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung

Name _____ Vorname _____ Versichertennummer _____

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

Einkünfte

Angaben für Kinder ab 14 Jahren erforderlich:

Mein/-e Familienangehöriger/-angehörigen hat/haben eigenes Einkommen	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja

Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Punkte für Ihre/-n Familienangehörigen:

durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt monatlich*	€	€	€
durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob monatlich	€	€	€
durchschnittlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit monatl.*	€	€	€
gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländ. Rente, sonst. Renten monatl.*	€	€	€
sonstige regelmäßige Einkünfte monatlich*	€	€	€
Art der Einkünfte* Z.B. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalvermögen oder Abfindung			

*Bitte vollständige Kopie Ihres aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen.

Bezug von Arbeitslosengeld II	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	☐ Ja	☐ Ja	☐ 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

	Kind 1	Kind 2
	☐ Schule ☐ Studium	☐ Schule ☐ Studium
von	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
bis	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr

Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst

Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen

	Kind 1	Kind 2
von	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
bis	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr

Datenschutzhinweis: Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.
Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage www.daimler-bkk.com, Webcode 139.

Daimler BKK

Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung

Name _____ Vorname _____ Versichertennummer _____

Allgemeine Angaben	**Kind 3**	**Kind 4**	**Kind 5**
Name (Bei vom Mitglied abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)			
Vorname			
Geschlecht ***weiblich/männlich/divers/unbestimmt	☐ (w) ☐ (m) ☐ (d) ☐ (u)***	☐ (w) ☐ (m) ☐ (d) ☐ (u)***	☐ (w) ☐ (m) ☐ (d) ☐ (u)***
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
Ggf. abweichende Anschrift	Straße Hausnummer	Straße Hausnummer	Straße Hausnummer
	PLZ Ort	PLZ Ort	PLZ Ort
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	☐ Leibl. Kind (auch adoptiert) ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind	☐ Leibl. Kind (auch adoptiert) ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind	☐ Leibl. Kind (auch adoptiert) ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind ☐ Pflegekind
Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in ist der leibliche Elternteil des Kindes	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Bisherige Krankenversicherung	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ Nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ Nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ Nicht gesetzlich
Versicherungszeitraum	von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr	von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr	von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr
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			

Bitte wenden und weiter ausfüllen.

Daimler**BKK**

Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung

Name _____ Vorname _____ Versichertennummer _____

	Kind 3	Kind 4	Kind 5
Einkünfte Angaben für Kinder ab 14 Jahren erforderlich:			
Mein/-e Kind/-er hat/haben eigenes Einkommen	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Punkte für Ihr/-e Kind/-er:			
durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt monatlich*	€	€	€
durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob monatlich	€	€	€
durchschnittlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit monatl.*	€	€	€
gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländ. Rente, sonst. Renten monatl.*	€	€	€
sonstige regelmäßige Einkünfte monatlich*	€	€	€
Art der Einkünfte* Z. B. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalvermögen oder Abfindung			

*Bitte vollständige Kopie Ihres aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen.

Bezug von Arbeitslosengeld II	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	☐ Ja	☐ Ja	☐ Ja
Schul- oder Studienzeit Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen	☐ Schule ☐ Studium von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr	☐ Schule ☐ Studium von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr	☐ Schule ☐ Studium von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr
Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen	von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr	von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr	von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

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: Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich.
Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben.
Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.
Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage www.daimler-bkk.com, Webcode 139.