



Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung

1. Angaben zum Mitglied

Nachname

Vorname

E-Mail, Telefon tagsüber¹

Versichertennummer (Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte)

3. Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes
 Heirat Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des/der Angehörigen
 Sonstiges: _____

5. Ehe-/Lebenspartner:in

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

Allgemeine Angaben

Ehe-/Lebenspartner:in

Nachname

(Bei vom Mitglied abweichendem Nachnamen bitte Geburts- bzw. Heirats-/Abstammungsurkunde beifügen)

Vorname

Geschlecht W M D U³

³ Weiblich/Männlich/Divers/Unbestimmt

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Ggf. abweichende Anschrift

Straße Hausnummer

PLZ Ort

2. Angaben zur Person, die mitversichert werden soll

Mein/-e Ehe-/Lebenspartner:in² 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

4. Familienstand

- Ledig Verheiratet Getrennt lebend
 Geschieden seit _____ Verwitwet
 Eingetragene Lebenspartnerschaft²

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

6. Kind/-er

Ich möchte Kind/-er mitversichern:

Kind 1

Kind 2

Nachname

Geschlecht W M D U³

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Geschlecht W M D U³

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

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

- Mitgliedschaft Mitgliedschaft
 Familienversicherung Familienversicherung
 Nicht gesetzlich Nicht gesetzlich

Versicherungszeitraum von Tag Monat Jahr

von Tag Monat Jahr

von Tag Monat Jahr

bis Tag Monat Jahr

bis Tag Monat Jahr

bis Tag Monat Jahr

Versichertennummer

(Diese finden Sie auf der jeweiligen Gesundheitskarte)

Name und Sitz der Krankenkasse



Nachname _____ 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 Familienangehörige:r/-angehörigen hat/haben eigenes Einkommen Ja

Ja

Ja

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

durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt monatlich⁴ _____ €

_____ €

_____ €

durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob monatlich _____ €

_____ €

_____ €

durchschnittlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit monatlich⁴ _____ €

_____ €

_____ €

gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländ. Rente, sonst. Renten monatlich⁴ _____ €

_____ €

_____ €

sonstige regelmäßige Einkünfte monatlich⁴ _____ €

_____ €

_____ €

Art der Einkünfte⁴
Z.B. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalvermögen oder Abfindung _____

⁴ 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 Studienzzeit

Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen

Schule Studium Schule Studium

von _____ von _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

bis _____ bis _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst

Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen

von _____ von _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

bis _____ 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 139d.