

## Erklärung für die Aufnahme in die Familienversicherung

### 1. Angaben zum Mitglied

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

E-Mail, Telefon tagsüber\* \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

### 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

### 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

#### Allgemeine Angaben

Name \_\_\_\_\_

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

Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  (w)  (m)  (d)  (u)\*\*  
\*\*\*weiblich/männlich/divers/unbestimmt

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Tag      Monat      Jahr

Ggf. abweichende Anschrift  
Straße Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ Ort \_\_\_\_\_

### 6. Kind/-er

Ich möchte  Kind/-er mitversichern:

#### Kind 1

Name \_\_\_\_\_

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

Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  (w)  (m)  (d)  (u)\*\*

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Tag      Monat      Jahr

Ggf. abweichende Anschrift  
Straße Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ Ort \_\_\_\_\_

#### Kind 2

Name \_\_\_\_\_

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

Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  (w)  (m)  (d)  (u)\*\*

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Tag      Monat      Jahr

Ggf. abweichende Anschrift  
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.

- Bisherige Krankenversicherung**  Mitgliedschaft  
 Familienversicherung  
 Nicht gesetzlich

Versicherungszeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Tag      Monat      Jahr      Tag      Monat      Jahr

Versichertennummer \_\_\_\_\_  
(Diese finden Sie auf der jeweiligen Gesundheitskarte)

Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_

#### 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

- Mitgliedschaft       Mitgliedschaft
- Familienversicherung       Familienversicherung
- Nicht gesetzlich       Nicht gesetzlich

Versicherungszeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Tag      Monat      Jahr      Tag      Monat      Jahr

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_



<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>
Name	Vorname	Versichertennummer

**Ehe-/Lebenspartner/-in**

**Kind 1**

**Kind 2**

<b>Rentenversicherungs-Nr.</b> Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>
---	--	--	--

Geburtsname	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>
Geburtsort	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>
Geburtsland	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>
Staatsangehörigkeit	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>

**Einkünfte**

Angaben für Kinder ab 14 Jahren erforderlich:

Mein/-e Familienangehöriger/-angehörigen hat/haben eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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

durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt monatlich*	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>
durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob monatlich	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>
durchschnittlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit monatl.*	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>
gesetzl. Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländ. Rente, sonst. Renten monatl.*	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>
sonstige regelmäßige Einkünfte monatlich*	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>

Art der Einkünfte\*  
Z.B. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen

---

\*Bitte vollständige Kopie Ihres aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen.

Bezug von Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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. Falls eine freiwillige Versicherung bei der Daimler BKK besteht, gilt diese Erklärung gleichzeitig als Kündigung.**

---

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

<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Studium
von	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	von	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>
	Tag    Monat    Jahr		Tag    Monat    Jahr
bis	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	bis	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>
	Tag    Monat    Jahr		Tag    Monat    Jahr

**Wehr-, Zivil- oder Freiwilligendienst**

Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen

von	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	von	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>
	Tag    Monat    Jahr		Tag    Monat    Jahr
bis	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>	bis	<hr style="border-top: 1px solid red;"/>
	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](http://www.daimler-bkk.com), Webcode 139.

## Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 und 14 DSGVO durch die Daimler BKK

Die Daimler BKK und BKK-Pflegekasse Daimler erhebt, verarbeitet, speichert und nutzt Sozialdaten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags. Bei der Erhebung von personenbezogenen Daten bestehen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Informationspflichten. Hierzu finden Sie auf dieser Seite einen Überblick über Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlagen.

### Name und Kontaktdaten der Verantwortlichen

Daimler BKK  
28178 Bremen

Vertreten durch den Vorstand  
Benjamin Plocher  
Tel.: 07 11 17-5 95 82  
Fax: 04 21 3 30 72-1 88  
benjamin.plocher@daimler-bkk.com

### Kontaktadressen des Datenschutzbeauftragten

Hartmut Steffens  
Tel: 04 21 4 19-46 16  
Fax: 04 21 3 30 72-2 77  
hartmut.steffens@daimler-bkk.com

### Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlagen

Die Daimler BKK erhebt, verarbeitet, speichert und nutzt Sozialdaten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags. Damit Sie einen Überblick über die Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlagen sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegekasse erhalten, stellen wir Ihnen diese in der folgenden Übersicht zur Verfügung.

#### I. Daimler BKK

1. Feststellung des Versicherungsverhältnisses
2. Ausstellung der Krankenversichertenkarte/elektronischen Gesundheitskarte
3. Durchführung von Beitragsangelegenheiten
4. Prüfung und Gewährung von Leistungen
5. Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
6. Kostenerstattung
7. Bestimmung des Zuzahlungsstatus, Ermittlung der Belastungsgrenze
8. Beitragsrückerstattung
9. Beteiligung des Medizinischen Dienstes
10. Abrechnung mit Leistungserbringern
11. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung bei Leistungserbringern
12. Abrechnung mit anderen Leistungsträgern
13. Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen gegenüber Dritten

14. Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von morbiditätsorientierten Vergütungsstrukturen
15. Vorbereitung, Vereinbarung und Qualitätssicherung von Modellvorhaben und integrierter Versorgung
16. Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools
17. Vorbereitung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management – DMP)
18. Abschluss und Durchführung von Pflegesatz-, Vergütungs- sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen
19. Beratung über Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation
20. Koordinierung pflegerischer Hilfen
21. Statistische Zwecke
22. Gewinnen von Mitgliedern
23. Durchführung des Aufwendungsausgleichsgesetzes (AAG)

#### II. BKK-Pflegekasse Daimler

1. Unterstützung von Pflegebedürftigen, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf Hilfe angewiesen sind
2. Finanzierung der Leistungen und sonstigen Ausgaben durch die Erhebung von Beiträgen bei Arbeitgebern und Mitgliedern
3. Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft
4. Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge
5. Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte sowie Durchsetzung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen
6. Beteiligung des Medizinischen Dienstes
7. Abrechnung mit Leistungserbringern und entsprechende Kostenerstattung
8. Überwachung der Wirtschaftlichkeit, Abrechnung und Kostenerstattung erbrachter Pflegeleistungen
9. Abschluss und Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen, Vergütungsvereinbarungen sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen
10. Beratung zur Teilhabe sowie Leistungen und Hilfen zur Pflege

11. Koordinierung pflegerischer Hilfen, Pflegeberatung sowie Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten
12. Statistische Zwecke
13. Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen

Darüber hinaus kann eine Erhebung, Nutzung, Verarbeitung und Speicherung von Daten seitens der Daimler BKK auf Grundlage von ausdrücklichen Einwilligungserklärungen nach Art. 6 Abs. 1a Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in Verbindung mit § 67b Abs. 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) erfolgen.

Wir dürfen Ihre Daten, abweichend von den oben genannten Zwecken und Rechtsgrundlagen, ohne vorherige Informationspflicht für andere Zwecke (Zweckänderung) nutzen, wenn die folgenden Voraussetzungen vorliegen:

1. Es handelt sich um eine Maßnahme nach § 82 Abs. 2 SGB X
2. Eine andere Rechtsgrundlage erlaubt die Zweckänderung ohne Informationspflicht
3. Es liegt Ihre ausdrückliche Einwilligung vor
4. Es handelt sich um pseudonymisierte Daten

#### Bereitstellung von Sozialdaten

Damit die Daimler BKK ihre gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben in vollem Umfang wahrnehmen kann, beachten Sie bitte die Mitwirkungspflichten gemäß §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Danach haben Sie der Daimler BKK bestimmte Daten zu Ihrer Person, die für die Erledigung der Sie betreffenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind, zur Verfügung zu stellen. Bei fehlender Mitwirkung Ihrerseits kann es zu Verzögerungen oder zu Ablehnungen der von Ihnen beantragten Leistungen kommen.

Lesen Sie bitte auf der Rückseite weiter.

Von diesen Daten ausdrücklich ausgenommen sind freiwillige Angaben wie Telefonnummer oder E-Mail-Adresse. Sollten Sie diese Daten nicht zur Verfügung stellen, liegt keine Verletzung einer Mitwirkungspflicht vor und es entsteht Ihnen dadurch kein Nachteil. Ihre Sozialdaten, die die Daimler BKK erheben, verarbeiten, aufbewahren und nutzen muss, unterliegen den datenschutzrechtlichen Vorgaben des SGB X, dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und seit dem 25. Mai 2018 zusätzlich der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Die Daimler BKK trägt dafür Sorge, dass das Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I gewahrt wird.

#### **Automatisierte Einzelfallentscheidung**

Die Daimler BKK trifft keine Entscheidungen aufgrund einer automatisierten Verarbeitung einschließlich Profiling im Sinne von Art. 22 DSGVO.

#### **Kategorien von Empfängern**

Die Daimler BKK übermittelt Sozialdaten aufgrund gesetzlicher Vorschriften des SGB oder anderer Rechtsvorschriften regelmäßig an folgende Empfänger:

- Träger der Renten- und Unfallversicherung
- Bundesanstalt für Arbeit
- im Rahmen des Zahlungsverkehrs an Geldinstitute
- Arbeitgeber und Zahlstellen
- Versorgungsverwaltung
- Leistungserbringer
- Wehrbereichsverwaltung
- Finanzverwaltung
- Übermittlung in Einzelfällen nach §§ 67d ff. SGB X
- externe Auftragnehmer entsprechend § 80 SGB X

Sollte eine Übermittlung an einen Empfänger innerhalb einer Kategorie erfolgen, so werden Sie über den Empfänger informiert, wenn nicht eine der Ausnahmen nach § 82 Abs. 1 und Abs. 2 SGB X oder die Voraussetzung des Art. 13 Abs. 4 DSGVO vorliegt.

#### **Dauer der Speicherung**

Für die Verarbeitungszwecke von Sozialdaten gibt es unterschiedliche Aufbewahrungsfristen, die in den §§ 110a SGB IV, 304 SGB V, 107 SGB XI und in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) geregelt sind. Entfällt der Verarbeitungszweck, werden die betreffenden Sozialdaten gelöscht.

#### **Rechte der betroffenen Person bei der Datenverarbeitung**

Sie können über die oben genannten Kontaktdaten folgende Rechte ausüben, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen

#### **Beschwerderecht bei den Aufsichtsbehörden**

Sie haben als betroffene Person das Recht, sich an die Aufsichtsbehörden zu wenden, die für die Daimler BKK zuständig sind:

1.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Husarenstraße 30

53117 Bonn

poststelle@bfdi.bund.de oder

poststelle@bfdi.de-mail.de

2.

Bundesversicherungsamt

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

poststelle@bvamt.bund.de oder

poststelle@bvamt.de-mail.de

Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage [www.daimler-bkk.com](http://www.daimler-bkk.com), Webcode 139.