

Eintrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in die Daimler Betriebskrankenkasse zum _____

Persönliche Angaben Frau Herr

Name

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

PLZ Ort

Straße

Rentenversicherungsnummer

Telefonnummer/Handynummer*

E-Mail-Adresse*

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Ich bin Arbeitnehmer/in Auszubildende/r

bei der Daimler AG

Werk/Niederlassung/Ort

Personal-Nr.

KST

bei einem anderen Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers

Straße, Ort

Telefonnummer

Ich bin selbstständig als: _____
(Bitte Gewerbeanmeldung und aktuellen Steuerbescheid beifügen)

Ich bin arbeitslos (Bitte Bescheid der Agentur für Arbeit beifügen)

Ich bin Rentner/in (Bitte Renten- und ggf. Versorgungsbescheid beifügen)

Ich bin Beamte/r

Ich bin Ehepartner/Kind des BKK-Mitglieds: _____
Name und Geburtsdatum des Ehepartners oder Elternteils, der bei der Daimler BKK bereits versichert ist

Ich war während der letzten 18 Monate Pflichtmitglied freiwilliges Mitglied familienversichert bei der:

Name und Anschrift der Krankenkasse

Ich bin erstmals berufstätig und verfüge noch nicht über einen Sozialversicherungsausweis

Ich habe Kinder (auch Pflege- oder Adoptivkinder – ggf. Nachweis beifügen)

Ich möchte auch per E-Mail über Aktionen/aktuelle Themen informiert werden

Wie sind Sie auf die Daimler BKK aufmerksam geworden?*

Ehepartner Kollegen Führungskraft

Betriebsrat Personalbereich Kantinen-/Shopaktion der BKK

Gesundheitsaktion Sonstige Aktion Flyer der BKK

Regelkommunikation im Betrieb Internet

Eigene Initiative Mitarbeiter der Daimler BKK

Ich möchte vom Kundencenter in _____ betreut werden

*Die Angaben sind freiwillig.

Damit die Mitgliedschaft bei der Daimler BKK beginnen kann, muss die Mitgliedschaft bei Ihrer bisherigen Krankenkasse mit einer Frist von zwei vollen Kalendermonaten gekündigt werden. Die Kündigungsbestätigung übersenden Sie bitte umgehend der Daimler BKK.

Wenn Sie Familienangehörige haben, die im Rahmen der Familienversicherung mitversichert werden sollen, so füllen Sie bitte die Rückseite aus.

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten ist zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich; sie beruht auf § 284 und § 206 SGB V und verpflichtet Sie zur Mitwirkung.

Ort, Datum

Unterschrift

Wird von der Daimler BKK ausgefüllt: VWST _____ RV-Nr. _____ Rechtskreis (Ost/West) _____ Mitgliedsbescheinigung an AG erl. _____

Eintrittserklärung

Folgende Familienangehörige sollen bei mir ab _____ mitversichert werden.

1. Angaben des Mitglieds

Kundencenter

| | | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Name, Vorname | | KV-NR.: | |
| Familienstand: | <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> getrennt lebend |
| | <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ | <input type="checkbox"/> verwitwet | |
| | <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG | | |
| Mein Ehegatte ist selbst versichert | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ | |
| | (Name, Sitz der Krankenkasse) | | |
| Ich bin tagsüber unter Telefon-Nr.* _____ | | zu erreichen. E-Mail:* _____ | |

2. Familienangehörige

Die nachstehende Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns neu versichert werden sollen.

| | Ehegatte | Kind | | Kind | | Kind | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> männl. | <input type="checkbox"/> weibl. | <input type="checkbox"/> männl. | <input type="checkbox"/> weibl. | <input type="checkbox"/> männl. | <input type="checkbox"/> weibl. |
| Name | | | | | | | |
| Vorname | | | | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | | | |
| Ggf. abweichende Anschrift | | | | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied (Leibliches Kind, Stief- oder Enkelkind, Pflegekind) | | | | | | | |
| Bisher versichert (Mitgliedschaftsbescheinigung unbedingt beilegen) | bei _____ bis _____ | bei _____ bis _____ | bei _____ bis _____ | bei _____ bis _____ | bei _____ bis _____ | bei _____ bis _____ | bei _____ bis _____ |
| Selbstständige Tätigkeit liegt vor | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung/Minijob | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| Weitere regelmäßige Einkünfte | _____ € (Art der Einkünfte) | _____ € (Art der Einkünfte) | _____ € (Art der Einkünfte) | _____ € (Art der Einkünfte) | _____ € (Art der Einkünfte) | _____ € (Art der Einkünfte) | _____ € (Art der Einkünfte) |
| <small>(Z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung. Haben Sie eine Abfindung erhalten [Zeitpunkt/Höhe]? Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten.)</small> | | | | | | | |
| Schulbesuch/Studium (Für Kinder ab dem 23. Lebensjahr bitte schriftliche Nachweise beifügen) | | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ |
| Wehr- oder Zivildienst (Dienstzeitbescheinigung unbedingt beifügen, auch, wenn bereits beendet) | | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ | vom _____ bis _____ |
| Rentenversicherungsnummer Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde. | | | | | | | |
| Geburtsname | | | | | | | |
| Geburtsort/Geburtsland | | | | | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | | | | | |

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert oder diese selbst Mitglied einer (anderen) Kasse werden.

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort, Datum | Unterschrift des Mitglieds | ggf. Unterschrift der Familienangehörigen |
| <small>Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus. Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten ist zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich, sie beruht auf § 284 und § 289 SGB V und verpflichtet Sie zur Mitwirkung. Die Angaben mit * sind freiwillig.</small> | | |