

Daimler Betriebskrankenkasse

Aufnahmeantrag

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name	Vorname	Steuer-Identifikationsnummer
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
PLZ Ort	Straße	Rentenversicherungsnummer
Telefonnummer/Handynummer*	Ich möchte vom Kundencenter in _____ betreut werden	

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Meine Mitgliedschaft in der Daimler Betriebskrankenkasse soll beginnen am: _____

Ich bin: Arbeitnehmer/-in Auszubildende/-r

bei der Daimler AG

Werk/Niederlassung/Ort	Personal-Nr.	KST
<input type="checkbox"/> 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 Beamter/-Beamtin

Ich bin Ehepartner/-in/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

E-Mail-Adresse*: _____ *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 senden Sie bitte umgehend an die Daimler BKK.

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. _____

Daimler Betriebskrankenkasse

Antrag auf Familienversicherung

Folgende Familienangehörige sollen bei mir ab _____ mitversichert werden.

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Kundencenter

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 <input type="checkbox"/> Männl. <input type="checkbox"/> Weibl.	Kind <input type="checkbox"/> Männl. <input type="checkbox"/> Weibl.	Kind <input type="checkbox"/> Männl. <input type="checkbox"/> Weibl.
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied (Leibliches Kind, Stief-, Enkel- oder Pflegekind)				
Bisher versichert (Mitgliedschaftsbescheinigung unbedingt beilegen)	bei bis <input type="checkbox"/> als Mitglied <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/-r über	bei bis <input type="checkbox"/> als Mitglied <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/-r über	bei bis <input type="checkbox"/> als Mitglied <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/-r über	bei bis <input type="checkbox"/> als Mitglied <input type="checkbox"/> als Familienangehörige/-r über
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
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung/Minijob	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Weitere regelmäßige Einkünfte	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)
(Z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung. Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten. Bitte Bescheide und Nachweise beifügen, keine Originale.)				
Schulbesuch/Studium (Für Kinder ab 23 Jahren bitte Schulbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (Dienstzeitbescheinigung unbedingt beifügen, auch, wenn bereits beendet)		vom bis	vom bis	vom bis

3. Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer

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.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift des/der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung des/der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.
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.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.