

A. Angaben Mitglied (Hauptversicherter)

Name, Vorname

Versicherungsnummer

(Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.)

Ich war bisher

als Mitglied versichert

familienversichert bei

Name der Krankenkasse

nicht gesetzlich krankenversichert

Familienstand

☐ ledig

☐ verheiratet*

☐ getrennt lebend*

☐ geschieden seit

☐ verwitwet

☐ eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG*

*) Bitte machen Sie weitere Angaben in der Spalte „Ehepartner“.

Anlass für die Familienversicherung

☐ Beginn meiner Mitgliedschaft

☐ Geburt des Kindes

☐ Zuzug aus dem Ausland

☐ Ende der eigenen Mitgliedschaft meines Angehörigen

☐ Heirat

☐ Sonstiges

Kontakt

Meine Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Meine E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

B. Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Beginn der Familienversicherung	T T M M J J J J J	T T M M J J J J J	T T M M J J J J J	T T M M J J J J J
Name**				
Vorname				
Geburtsdatum	T T M M J J J J J	T T M M J J J J J	T T M M J J J J J	T T M M J J J J J
Geschlecht männlich (m), weiblich (w), divers (d), unbestimmt (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind		<input type="checkbox"/> leibliches Kind/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist Ihr Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschafts- verhältnis ausfüllen).		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

Name, Vorname

Versicherungsnummer

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Vorname				

Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen

Die bisherige Versicherung				
• besteht weiter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
• endete am	<div>TTMMJJJJ</div>	<div>TTMMJJJJ</div>	<div>TTMMJJJJ</div>	<div>TTMMJJJJ</div>
• bei <small>(Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung)</small>				
• Art der Versicherung Mitgliedschaft (1), Familienversicherung (2), nicht gesetzlich versichert (3) <small>(bitte ankreuzen)</small>	<div>123</div>	<div>123</div>	<div>123</div>	<div>123</div>
Bestand zuletzt eine Familien- versicherung? Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.				
	(Vorname)	(Vorname)	(Vorname)	(Vorname)
	(Name)	(Name)	(Name)	(Name)

Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen

Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit	<div></div> Euro	<div></div> Euro	<div></div> Euro	<div></div> Euro
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.				
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung	<div></div> Euro	<div></div> Euro	<div></div> Euro	<div></div> Euro
Entlassungsentschädigung <small>(z. B. Abfindung)</small>	<div></div> Euro	<div></div> Euro	<div></div> Euro	<div></div> Euro
Geringfügige Beschäftigung (Minijob)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungs- bezüge, Betriebsrente, ausländi- sche Rente, sonstige Renten				
Monatlicher Zahlbetrag	<div></div> Euro	<div></div> Euro	<div></div> Euro	<div></div> Euro
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuer- rechts <small>(z. B. Einkünfte aus Vermietung und Ver- pachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)</small>	<div></div> Euro	<div></div> Euro	<div></div> Euro	<div></div> Euro
Art der Einkünfte				
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.				
Arbeitslosengeld / Bürgergeld seit	<div>TTMMJJJJ</div>	<div>TTMMJJJJ</div>	<div>TTMMJJJJ</div>	<div>TTMMJJJJ</div>

Name, Vorname

Versicherungsnummer

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Vorname				

Weitere Angaben zu Familienangehörigen

Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)		<div><div></div> Ja</div> <div>bis</div> <div>T T M M J J J J</div>	<div><div></div> Ja</div> <div>bis</div> <div>T T M M J J J J</div>	<div><div></div> Ja</div> <div>bis</div> <div>T T M M J J J J</div>
Freiwilliger Wehrdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)		<div><div></div> Ja</div>	<div><div></div> Ja</div>	<div><div></div> Ja</div>

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

Rentenversicherungsnummer	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
---------------------------	---	---	---	---

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 (z.B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder – bei familienversicherten Kindern – der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich versichert ist.

T T M M J J J J

Datum

Ort

Unterschrift des Mitglieds

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

Unterschrift des/der Familienangehörigen

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