

A. Angaben Mitglied (Hauptversicherter)

Name, Vorname

Versicherungsnummer

(Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.)

Ich war bisher als Mitglied versichert familienversichert bei nicht gesetzlich krankenversichert

Name der Krankenkasse

Familienstand

ledig verheiratet* getrennt lebend* geschieden seit T T M M J J J J verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG*

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

Anlass für die Familienversicherung

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft | <input type="checkbox"/> Geburt des Kindes | <input type="checkbox"/> Zuzug aus dem Ausland |
| <input type="checkbox"/> Ende der eigenen Mitgliedschaft meines Angehörigen | <input type="checkbox"/> Heirat | <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/> |

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 | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J |
| Name** | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| **) Bei abweichendem Familiennamen zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen. | | | | |
| Vorname | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> 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 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Verwandtschaftsverhältnis 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 | TTMMJJJJ | TTMMJJJJ | TTMMJJJJ | TTMMJJJJ |
| • bei (Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung) | | | | |
| • Art der Versicherung Mitgliedschaft (1), Familienversicherung (2), nicht gesetzlich versichert (3) (bitte ankreuzen) | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 |
| Bestand zuletzt eine Familienversicherung? Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren. | (Vorname) (Name) | (Vorname) (Name) | (Vorname) (Name) | (Vorname) (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 | Euro | Euro | Euro | Euro |
| Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden. | | | | |
| Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung | Euro | Euro | Euro | Euro |
| Entlassungsentschädigung (z. B. Abfindung) | Euro | Euro | Euro | Euro |
| Geringfügige Beschäftigung (Minijob) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
| Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten | | | | |
| Monatlicher Zahlbetrag | Euro | Euro | Euro | Euro |
| Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) | Euro | Euro | Euro | Euro |
| Art der Einkünfte | | | | |
| Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden. | | | | |
| Arbeitslosengeld / Bürgergeld seit | TTMMJJJJ | TTMMJJJJ | TTMMJJJJ | TTMMJJJJ |

Name, Vorname

Versicherungsnummer

| | Ehepartner | Kind | Kind | Kind |
|---------|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| Vorname | | | | |

Weitere Angaben zu Familienangehörigen

| | | | |
|--|--|--|--|
| Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.) | <input type="checkbox"/> Ja bis T T M M J J J J | <input type="checkbox"/> Ja bis T T M M J J J J | <input type="checkbox"/> Ja bis T T M M J J J J |
| Freiwilliger Wehrdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

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.

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.