

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 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.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen				
	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Beginn der Familienversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
**) Bei fehlender Namensgleichheit 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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	<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?	<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

Name, Vorname:

Versicherungsnummer:

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Die bisherige Versicherung				
• besteht weiter:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
• endete am:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• bei: <small>(Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Art der Versicherung Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3) <small>(bitte ankreuzen)</small>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
*) Wichtig für Sie: Die Familienversicherung kann nur bei einer Krankenkasse durchgeführt werden.				
Bestand zuletzt eine Familienversicherung? Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.	<input type="text"/> (Vorname) <input type="text"/> (Name)	<input type="text"/> (Vorname) <input type="text"/> (Name)	<input type="text"/> (Vorname) <input type="text"/> (Name)	<input type="text"/> (Vorname) <input type="text"/> (Name)

Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen

Selbstständige Tätigkeit seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.				
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro
Entlassungsentschädigung (z. B. Abfindung)	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten				
Monatlicher Zahlbetrag	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts <small>(z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)</small>	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro	<input type="text"/> Euro
Art der Einkünfte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.				
Arbeitslosengeld / Bürgergeld seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name, Vorname:

Versicherungsnummer:

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Weitere Angaben zu Familienangehörigen

Schulbesuch/Studium <small>(Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)</small>	<input type="text"/>	T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J
	<input type="text"/>	von	von	von
	<input type="text"/>	T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J
	<input type="text"/>	bis	bis	bis
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst <small>(Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)</small>	<input type="text"/>	T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J
	<input type="text"/>	von	von	von
	<input type="text"/>	T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J
	<input type="text"/>	bis	bis	bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

T T M M J J J J

Datum

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 Familienangehörigen aus.