

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 mache 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"/>
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 zum 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?		<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				

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	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ
• 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
*) Wichtig für Dich: 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.	(Vorname)	(Vorname)	(Vorname)	(Vorname)
	(Name)	(Name)	(Name)	(Name)

Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen

Selbstständige Tätigkeit seit	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ
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
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob	Euro	Euro	Euro	Euro
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten				
Monatlicher Zahlbetrag	Euro	Euro	Euro	Euro
Sonstige regelmäßige monatliche 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	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ



Name, Vorname

Versicherungsnummer

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

Weitere Angaben zu Familienangehörigen

	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	von	von	von	von
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	von	von	von	von
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

Rentenversicherungsnummer	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
<input type="text"/>	<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.

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/der Familienangehörigen aus.