

### A. Allgemeine Angaben des Mitglieds (Hauptversicherten) *(Bitte zutreffende Felder nur ankreuzen, nicht durchstreichen.)*

Name, Vorname

Versicherungsnummer:

Ich war bisher\*

als Mitglied versichert

familienversichert bei

Name der Krankenkasse

nicht gesetzlich versichert

\*) Angabe notwendig bei Beginn der Mitgliedschaft des Hauptversicherten bei der mhplus BKK (z. B. Kassenwechsel)

### Familienstand

ledig

verheiratet

getrennt lebend

geschieden

verwitwet

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (Weitere Angaben bitte unter „Ehepartner/in“ ergänzen.)

### Anlass für die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft bei der mhplus BKK

Geburt des Kindes

Zuzug aus dem Ausland

Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Heirat

Sonstiges

### Kontakt

Ich bin telefonisch tagsüber erreichbar unter (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse lautet (freiwillige Angabe)

### B. Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörige erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehepartner/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehepartners/Lebenspartners und – sofern der Ehepartner/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinen Einkünften notwendig. Hierbei sind die Einkünfte zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Angehörige/r	Ehepartnerin/Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Beginn der Familienversicherung	T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J
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"/>
Geschlecht (m = männlich, (w = weiblich, D = divers, X = unbestimmt)	<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)
Geburtsdatum	T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J
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 der Ehe-/Lebenspartner/in mit dem Kind verwandt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

\* 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.

Name, Vorname

Versicherungsnummer:

Angehörige/r	Ehepartnerin/Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Vorname				

## Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Die bisherige Versicherung				
• besteht weiter:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
• endete am:	T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J
• bei (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung):				
• Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3) (bitte ankreuzen)	<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

\* Bitte beachten Sie, dass die Familienversicherung nicht gleichzeitig bei unterschiedlichen Krankenkassen durchgeführt werden kann. Stellen Sie bitte deshalb mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Falls zuletzt eine Familienversicherung bestand, geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde.				
	(Vorname)	(Vorname)	(Vorname)	(Vorname)
	(Nachname)	(Nachname)	(Nachname)	(Nachname)

## Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen

Bei Angabe mit „Ja“ bitte entsprechende Nachweise beifügen, z. B. Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides.

<b>Selbstständige Tätigkeit</b>	<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 <input type="checkbox"/> nein
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)				
	Euro	Euro	Euro	Euro
<b>Mehr als geringfügige Beschäftigung</b>	<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 <input type="checkbox"/> nein
Bruttoarbeitsentgelt (durchschn. monatlich)				
	Euro	Euro	Euro	Euro
Entlassungsentschädigung (z. B. Abfindung)				
	Euro	Euro	Euro	Euro
<b>Geringfügige Beschäftigung</b>	<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 <input type="checkbox"/> nein
Bruttoarbeitsentgelt (monatlich)				
	Euro	Euro	Euro	Euro
<b>Wird Arbeitslosengeld bezogen?</b>	<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 <input type="checkbox"/> nein
<b>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten</b>	<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 <input type="checkbox"/> nein
Monatlicher Zahlbetrag				
	Euro	Euro	Euro	Euro
<b>Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts</b> (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	<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 <input type="checkbox"/> nein
Einkunftshöhe (jährlich)				
	Euro	Euro	Euro	Euro
Art der Einkünfte				

Name, Vorname

Versicherungsnummer:

Angehörige/r	Ehepartnerin/Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schulbesuch/Studium Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen. (Angaben in MM/JJJ)		T T M M J J J J von T T M M J J J J bis	T T M M J J J J von T T M M J J J J bis	T T M M J J J J von T T M M J J J J bis
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)		T T M M J J J J von T T M M J J J J bis	T T M M J J J J von T T M M J J J J bis	T T M M J J J J von T T M M J J J J bis

**Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer 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.

Ort, Datum

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

**Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen**  
Bei getrennt Lebenden reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.