

A. Angaben Mitglied (Hauptversicherter) (Bitte zutreffende Felder nur ankreuzen.)

Name, Vorname

Versicherungsnummer:

(Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.)

Ich war bisher*

als Mitglied versichert

familienversichert bei

Name der Krankenkasse

nicht gesetzlich versichert

*) Eine Angabe ist nur notwendig bei Beginn der Mitgliedschaft des Mitglieds bei der mhplus (z. B. Kassenwechsel).

Familienstand

ledig

verheiratet**

getrennt lebend**

geschieden

verwitwet

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG**

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

Anlass für die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft

Geburt des Kindes

Zuzug aus dem Ausland

Ende der eigenen Mitgliedschaft meines Angehörigen

Heirat

Sonstiges

Kontakt (freiwillige Angabe)

Meine Telefonnummer:

Meine E-Mail-Adresse:

B. Angaben zu Familienangehörigen

Bitte machen Sie die **Angaben** nur für die **Angehörigen**, die Sie bei Ihrer mhplus kostenfrei mitversichern möchten.

Auch wenn Sie **nur Ihre Kinder mitversichern** möchten, **brauchen wir die Angaben** zu Ihrer/Ihrem **Ehe-/Lebenspartner/-in**. Zusätzlich brauchen wir die Angaben zu Einkünften Ihres Ehe-/Lebenspartners, wenn
+ sie/er nicht gesetzlich versichert ist und
+ mit den Kindern verwandt ist.

Bitte senden Sie dann die **Einkommensnachweise** Ihres Ehe-/Lebenspartners mit. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt. Herzlichen Dank!

Angehörige/r	Ehepartner/in	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"/>
<small>***) Bei abweichenden Nachnamen bitte Geburts- oder Heirats-, Lebenspartnerschafts-/Abstammungsurkunde mitsenden. Falls das nicht möglich ist, können Sie uns auch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) schicken.</small>				
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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
Geschlecht <small>männlich (m), weiblich (w), divers (d), unbestimmt (x)</small>	<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)
eventuell abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandschaftsverhältnis zum Mitglied		<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/e Ehe-/Lebenspartner/in 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:

Angehörige/r	Ehepartner/in	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:	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), Familierversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3) (bitte ankreuzen)	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
*) Wichtig für Sie: Die Familienversicherung kann nur bei einer Krankenkasse durchgeführt werden.				
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 zum Einkommen von Familienangehörigen

Mein Angehöriger/ meine Angehörigen haben eigenes Einkommen	<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
Bei Angabe mit „Ja“ bitte entsprechende Nachweise mitsenden, z. B. Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides.				
Selbstständige Tätigkeit seit	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
monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit				
	Euro	Euro	Euro	Euro
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung				
	Euro	Euro	Euro	Euro
Entlassungsschädigung (z. B. Abfindung)				
	Euro	Euro	Euro	Euro
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob				
	Euro	Euro	Euro	Euro
Gesetzliche Rente, Versorgungs- bezüge, Betriebsrente, ausländi- sche Rente, sonstige Renten				
Monatlicher Zahlbetrag				
	Euro	Euro	Euro	Euro
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuer- rechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpach- tung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)				
	Euro	Euro	Euro	Euro
Art der Einkünfte				
Mein Angehöriger/ meine Angehörigen erhalten Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II	<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:

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

Weitere Angaben zu Familienangehörigen

Schul- oder Studienzeit (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)	<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
		von	von	von
		T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J
		bis	bis	bis
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)	<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
		von	von	von
		T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J
		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, dass die Angaben richtig sind. Über Änderungen informiere ich Sie gleich. Das gilt auch, wenn sich das Einkommen meiner 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.