

A. Angaben Mitglied (Hauptversicherter)

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 seit

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

Die **allgemeinen Angaben** (z. B. Name, Geburtsdatum, Name der Krankenkasse) zu Ihrer/Ihrem **Ehe-/Lebenspartner/-in** brauchen wir **auch**, wenn

+ Sie **nur** Ihr/e **Kind/er** mitversichern möchten und

+ Ihr **Partner** mit dem Kind/den Kindern **verwandt** ist.

Zusätzlich zu den allgemeinen Angaben Ihres Partners brauchen wir die **Angaben zum Einkommen**, wenn sie/er **nicht gesetzlich versichert** ist.

Bitte senden Sie dann die **Einkommensnachweise** Ihres Partners mit. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt.

Herzlichen Dank!

Angehörige/r	Ehepartner/in	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 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.				
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)
eventuell abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis 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	<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 (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• 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
*) 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

Mein Angehöriger/ meine Angehörigen haben eigenes Einkommen	<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	<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
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 Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	<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"/>
Mein Angehöriger/ meine Angehörigen erhalten Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			

Name, Vorname

Versicherungsnummer

Angehörige/r	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Vorname				

Weitere Angaben zu Familienangehörigen

Schul- oder Studienzeit (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)		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.)		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				
---------------------------	--	--	--	--

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

Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

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.