

### 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 krankenversichert

\*) 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“.

### 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) Ihres Ehe-/Lebenspartners brauchen wir auch, wenn

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

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

Wenn Ihr Partner nicht gesetzlich versichert ist, machen Sie bitte zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen. Bitte senden Sie dann die Einkommensnachweise Ihres Partners mit. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt.

**Die Familienversicherung darf nur bei einer Krankenkasse durchgeführt werden. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass Sie diese nur bei einer Krankenkasse beantragen.**

Angehörige/r	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"/>
<small>***) Bei abweichendem Nachnamen zwischen dem Angehörigen und dem Mitglied 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 vom Mitglied 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 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

Angehörige/r	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	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ
• 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
*) <b>Wichtig für Sie:</b> 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			
Bei Angabe mit „Ja“ bitte entsprechende Nachweise mitsenden, z. B. Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides.				
<b>Selbstständige Tätigkeit</b> seit	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ
monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit	Euro	Euro	Euro	Euro
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer <b>Beschäftigung</b>	Euro	Euro	Euro	Euro
Entlassungsschädigung (z. B. Abfindung)	Euro	Euro	Euro	Euro
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus <b>Minijob</b>	Euro	Euro	Euro	Euro
<b>Gesetzliche Rente, Versorgungs- bezüge, Betriebsrente, ausländi- sche Rente, sonstige Renten</b>				
Monatlicher Zahlbetrag	Euro	Euro	Euro	Euro
<b>Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuer- rechts</b> (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 Bürgergeld	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			

Name, Vorname

Versicherungsnummer

Angehörige/r	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Vorname				

## Weitere Angaben zu Familienangehörigen

<b>Schulbesuch/Studium</b> (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
<b>Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst</b> (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 selbständiger 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 Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.