

**Beginn der Familienversicherung**

**Allgemeine Angaben des Mitglieds**

Name, Vorname des Mitglieds

Versicherungsnummer

Ich war bisher  selbst als Mitglied versichert bei  familienversichert bei  nicht gesetzlich krankenversichert (z. B. privat, freie Heilfürsorge)

Name der Krankenkasse

Familienstand  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG  
(In diesem Fall ergänzen Sie bitte die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner/in“.)

**Anlass für die Familienversicherung:**

Mitgliedschaftsbeginn bei der mhplus  Geburt des Kindes  die Mitgliedschaft des Angehörigen wurde beendet

Heirat  Sonstiges

Ich bin tagsüber  unter der Telefonnummer  zu erreichen. Meine E-Mail-Adresse lautet

**Angaben zu Familienangehörigen**

Folgende Daten sind grundsätzlich nur für Angehörige erforderlich, die sich bei uns familienversichern möchten. Die Angaben zu Ihrem/Ihrer Ehe-/Lebenspartner/in benötigen wir auch dann, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihr/e Kind/er durchgeführt werden soll. In diesem Fall geben Sie bitte neben den allgemeinen Angaben die Versicherung Ihres Ehe-/Lebenspartners und – sofern sie/er nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – die Höhe des Einkommens an. Bitte senden Sie uns auch unbedingt eine Kopie der Einkommensnachweise zu. Herzlichen Dank! Familienzuschläge werden bei den Einkünften nicht berücksichtigt.

**Bitte beachten Sie, dass die Familienversicherung nicht gleichzeitig bei unterschiedlichen Krankenkassen durchgeführt werden kann. Stellen Sie deshalb bitte sicher, dass die Familienversicherung nur bei der mhplus besteht.**

	Ehepartnerin/Ehepartner	Kind	Kind	Kind
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, X = unbestimmt)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X)
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Eventuell abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind		<input type="checkbox"/> leibliches Kind** <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind** <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind** <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

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

Die bisherige Versicherung	Ehepartnerin/Ehepartner	Kind	Kind	Kind
<input type="checkbox"/> endete am:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> bestand bei: (Name der Krankenkasse)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich (z. B. privat, freie Heilfürsorge)	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich (z. B. privat, freie Heilfürsorge)	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich (z. B. privat, freie Heilfürsorge)	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich (z. B. privat, freie Heilfürsorge)

\* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in bzw. Ihr/e Kind/er einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen noch nicht vorgelegt haben.  
\*\* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoptivkindern zu verwenden.

Falls zuletzt nicht gesetzlich versichert: 1. Besteht Beihilfeanspruch? 2. Liegt eine Befreiung von der Versicherungspflicht vor?	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls zuletzt eine Familienversicherung bestand, geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde.	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)				

### Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Ehepartnerin/Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Wird eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt?	<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
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte fügen Sie eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich) z. B. Minijob	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Wird Arbeitslosengeld bezogen?	<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
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlungsbetrag)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung) Zeitraum, in dem die Einkünfte erzielt wurden bzw. werden	_____ Euro (Art der Einkünfte) TTMMJJJJJ vom / bis TTMMJJJJJ	_____ Euro (Art der Einkünfte) TTMMJJJJJ vom / bis TTMMJJJJJ	_____ Euro (Art der Einkünfte) TTMMJJJJJ vom / bis TTMMJJJJJ	_____ Euro (Art der Einkünfte) TTMMJJJJJ vom / bis TTMMJJJJJ
Schulbesuch/Studium Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen.		TTMMJJJJJ vom / bis TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ vom / bis TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ vom / bis TTMMJJJJJ
Wehr- oder Zivildienst Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.		TTMMJJJJJ vom / bis TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ vom / bis TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ vom / bis TTMMJJJJJ

### Angaben zur Vergabe einer Versicherungsnummer für Familienangehörige

	Ehepartnerin/Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Sozialversicherungsnummer	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____

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

Geburtsname	_____	_____	_____	_____
Geburtsort	_____	_____	_____	_____
Geburtsland	_____	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind. 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 Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen
------------	----------------------------	---

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

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.