

# Mitteilung der Elternschaft für die Berechnung der Pflegeversicherungsbeiträge

Name:					
Vorname:	KVNR: Krankenversichertennummer				
Tel. (Vorw./Nr.): freiwillige Angabe	E-Mail: 1 freiwillige Angabe				
Ich habe Kinder <sup>1</sup> : ( <sup>1</sup> Leibliche Kinder, Stiefkinder, Adoptivkinder, Pflegekinder, bereits verstorbene Kinder)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Mindestens ein Kind <sup>1</sup> hat oder hätte das 25. Lebensjahr noch nicht erreicht		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>
Name					
Vorname					
Geschlecht	m w d X	m w d X	m w d X	m w d X	m w d X
(m = männlich, w = weiblich, d = divers, X = unbestimmt)					
Verwandtschaftsverhältnis des Kindes <sup>1</sup> zum Mitglied	Leibliches <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Stiefkind <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Pflegekind	Leibliches <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Stiefkind <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Pflegekind	Leibliches <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Stiefkind <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Pflegekind	Leibliches <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Stiefkind <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Pflegekind	Leibliches <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Stiefkind <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Pflegekind
Geburtsdatum					
(auch wenn bereits verstorben am)					
KVNR Krankenversicherthennummer RVNR Rentenversicherthennummer					
(optional/sofern zur Hand)					
Bei der hkk versichert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
<p>Sollten Sie mehr als 5 Kinder haben, dann benötigen wir die Angaben zu Ihren 5 jüngsten Kindern.</p> <p><sup>2</sup> <i>Stiefkinder</i> werden wir berücksichtigen, sofern diese die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sind mit dem Elternteil des Kindes verheiratet/verpartnert</li> <li>- Sie haben Ihr Stiefkind in den gemeinsamen Haushalt aufgenommen</li> <li>- Beides erfolgte vor der Vollendung des 18. Lebensjahres, bei erwerbslosen Stiefkindern bis zum 23. Lebensjahr, bei Stiefkindern in Schul- oder Berufsausbildung bis zum 25. Lebensjahr.</li> </ul> <p><sup>3</sup> <i>Adoptivkinder</i> wirken sich beitragsreduzierend aus, wenn die Adoption vor der Vollendung des 18. Lebensjahres, bei erwerbslosen Adoptivkindern bis zum 23. Lebensjahr, bei Adoptivkindern in Schul- oder Berufsausbildung bis zum 25. Lebensjahr wirksam wurde.</p> <p>Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____</p>					



Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet. Mehr Infos erhalten Sie unter [www.hkk.de/datenschutz](http://www.hkk.de/datenschutz) und in unseren Geschäftsstellen. Für weitere Fragen hierzu kontaktieren Sie uns gerne.

