

Mitteilung der Elternschaft für die Berechnung der Pflegeversicherungsbeiträge

Name:					
Vorname:	KVNR: Krankenversicherthenummer				
Tel. (Vorw./Nr.): freiwillige Angabe	E-Mail: 1 freiwillige Angabe				
Ich habe Kinder ¹ : (¹ Leibliche Kinder, Stiefkinder, Adoptivkinder, Pflegekinder, bereits verstorbene Kinder)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Mindestens ein Kind ¹ hat oder hätte das 25. Lebensjahr noch nicht erreicht		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Kind	Kind	Kind	Kind	Kind
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 ¹ zum Mitglied	Leibliches	Leibliches	Leibliches	Leibliches	Leibliches
	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind ³ <input type="checkbox"/> Stiefkind ² <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind ³ <input type="checkbox"/> Stiefkind ² <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind ³ <input type="checkbox"/> Stiefkind ² <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind ³ <input type="checkbox"/> Stiefkind ² <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind ³ <input type="checkbox"/> Stiefkind ² <input type="checkbox"/> Pflegekind
Geburtsdatum					
<small>(auch wenn bereits verstorben am)</small>					
KVNR Krankenversicherthenummer					
RVNR Rentenversicherthenummer					
<small>(optional/sofern zur Hand)</small>					
Bei der hkk versichert?	<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
<p>Sollten Sie mehr als 5 Kinder haben, dann benötigen wir die Angaben zu Ihren 5 jüngsten Kindern.</p> <p>² <i>Stiefkinder</i> werden wir berücksichtigen, sofern diese die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sie sind mit dem Elternteil des Kindes verheiratet/verpartnert - Sie haben Ihr Stiefkind in den gemeinsamen Haushalt aufgenommen - 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. <p>³ <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>					
Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____					



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 und in unseren Geschäftsstellen. Für weitere Fragen hierzu kontaktieren Sie uns gerne.

