

Mobil Krankenkasse  
20091 Hamburg

**Name**

**KV-Nummer**

**Anschrift**

### Angaben zur Elternzeit

nimmt Elternzeit für folgenden Zeitraum:

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Das Beschäftigungsverhältnis wurde/wird nach der Elternzeit am \_\_\_\_\_ wieder aufgenommen.

Das Beschäftigungsverhältnis hat geendet am/wird enden zum: \_\_\_\_\_.

### Datenschutzhinweis

Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Feststellung des Versicherungsverhältnisses bzw. der Mitgliedschaft im Rahmen von §§ 5, 192 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 9 SGB V, und § 20 SGB XI. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

---

Datum

Unterschrift/Firmenstempel