

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben: Folgende Angaben benötigen wir vollständig, wenn eine Familienversicherung durchgeführt werden soll. Die Familienversicherung betrifft nur Ihre Kinder? Es sind dennoch Auskünfte bzw. Angaben zu den Einkünften Ihres Ehepartners/Lebenspartners (eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)) erforderlich, wenn dieser nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist.

Angaben zum Mitglied

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Familienstand:

ledig verheiratet getrennt lebend

verwitwet geschieden seit:

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
(In diesem Fall sind Angaben zum Versicherungsverhältnis des Ehegatten zu machen.)

Ich war bisher:

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert
 nicht gesetzlich versichert
 im Rahmen einer Familienversicherung versichert

Name der Krankenkasse:

Anlass für die Familienversicherung:

Beginn einer Mitgliedschaft Heirat

Geburt eines Kindes

Sonstiges:

Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

**Mein Ehegatte/
Lebenspartner**

ist nicht gesetzlich versichert (Einkommensnachweise erforderlich)

ist gesetzlich versichert (Name Krankenkasse)

Telefon:

E-Mail:

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name ¹				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geschlecht				
Ggf. abweichende Anschrift				
Beginn der Familienversicherung				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (wählen Sie „leibliches Kind“ auch bei Adoption)		<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 Ehegatte mit dem Kind verwandt?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
		nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen		
Die bisherige Versicherung endete am				
Name der Versicherung				
Art der vorherigen Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich

¹ Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Vor- und Nachname des Mitglieds, sofern eine Familienversicherung bestand				
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei		–	–	–
	Krankenversicherung			
Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (mtl.)	Euro	Euro	Euro	Euro
bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen				
Gesetzliche, ausländische, sonstige Renten, Betriebsrente, Versorgungsbezüge (mtl.)	Euro	Euro	Euro	Euro
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
Sonstige regelmäßige mtl. Einkünfte im Sinne d. Einkommensteuerrechts	Euro	Euro	Euro	Euro
	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte	Art der Einkünfte
z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes).				
Entgelt aus geringfügiger Beschäftigung (mtl.)	Euro	Euro	Euro	Euro
Schulbesuch/Studium		vom bis	vom bis	vom bis
bitte bei Angehörigen ab 23 Jahren eine Schul- oder Studienbescheinigung beifügen				
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst		vom bis	vom bis	vom bis
	bitte Dienstbescheinigung beifügen			
Rentenversicherungs-Nr.				
Staatsangehörigkeit				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				

Datenschutzhinweis: Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Feststellung der Familienversicherung im Rahmen von § 10 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 25 SGB XI, Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679, § 284 SGB V und § 7 KVLG 1989. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert, z. B. ein neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit vorliegt oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Ggf. Unterschrift der Angehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, dass meine Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten zugestimmt haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Angehörigen aus.

Senden Sie bitte diese Seiten ausgefüllt zurück



Per Post:
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

Per E-Mail:
Unterlagen scannen und senden an
info@service.mobil-krankenkasse.de

Per App MOBIL ME:
Unterlagen fotografieren und hochladen