Beitrittserklärung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für Kinder

Damit Ihr Kind schnellstmöglich als Mitglied von allen Vorteilen der Mobil Krankenkasse profitieren kann: Füllen Sie bitte diesen Antrag aus – und senden Sie ihn unterschrieben an uns zurück.

Gleich ausfüllen und absenden

1. Persönliche Angaben zu meinem Kind

(bitte ggf. leere Felder ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Mein Kind soll Mitglied bei der Mobil Krankenkasse werden ab: T T M M J J J J

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Rentenversicherungsnummer:

Steueridentifikationsnummer – 11-stellig:

Zu Ihrer Information: Sofern die Steueridentifikationsnummer Ihres Kinds nicht oder nicht korrekt vorliegt, fordern wir diese vom Bundeszentralamt für Steuern an.

Geburtsname:

Geburtsland:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

☐ Mein Kind wurde von der Krankenversicherungspflicht befreit. (bitte Nachweis beifügen)

☐ Mein Kind hat Anspruch auf Sachleistungen nach über- oder zwischenstaatlichem Recht. (bitte Nachweis beifügen)

2. Angaben zu den Einnahmen meines Kinds

☐ Mein Kind hat **keine** eigenen Einnahmen.

Bitte beachten: Um Beitragsnachzahlungen zu vermeiden, informieren Sie uns bitte umgehend, wenn sich die Einkommenssituation Ihres Kinds ändert.

☐ Mein Kind hat eigene Einnahmen.

Bitte beachten: Für Einkommensangaben ist ein Fragebogen vorgeschrieben. Sie können diesen Fragebogen gleich selber von unserer Homepage runterladen, ausfüllen und mitsenden oder wir senden ihn Ihnen im Nachgang zu.

Den Fragebogen „Einkommensanfrage für Personen unter 18 Jahre“ finden Sie unter diesem Link: mobil-krankenkasse.de/eka-unter-18

Alternativ können Sie diesen QR-Code nutzen:

Mobil KRANKENKASSE

Beitrittserklärung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für Kinder

Name, Vorname des Kinds:

3. Angaben zur Vorversicherung meines Kinds (bitte Zutreffendes ankreuzen)

☐ Mein Kind war bisher noch nicht versichert. Es soll ab dem Tag der Geburt Mitglied bei der Mobil Krankenkasse werden. (Bitte fügen Sie die Geburtsurkunde bei.)

☐ Mein Kind war zuletzt bei dieser gesetzlichen Krankenkasse versichert:

Name und Sitz der Krankenkasse:

Zeitraum: bis

Was ist der Grund für das Ende der Versicherung bei der bisherigen Krankenkasse?

☐ Es besteht kein Anspruch auf Familienversicherung mehr.

☐ Die Pflichtversicherung endet.

☐ Die freiwillige Versicherung soll künftig bei der Mobil Krankenkasse fortgesetzt werden.

4. Angaben zu den Eltern des Kinds

Erstes Elternteil

Name, Vorname:

Anschrift:

krankenversichert bei:

Zweites Elternteil:

Name, Vorname:

Ggf. abweichende Anschrift:

krankenversichert bei:

War mindestens ein Elternteil – unmittelbar vor dem gewünschten Beginn der Mitgliedschaft des Kinds – mindestens zwölf Monate ununterbrochen bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, beantworten Sie bitte die nächsten drei Zeilen:

Name, Vorname des Elternteils:

Name der Krankenkasse:

Versicherungszeiten bei dieser Krankenkasse:

Wenn die vorstehende Frage mit „nein“ beantwortet wurde: War mindestens ein Elternteil in den letzten fünf Jahren zusammengerechnet mindestens 24 Monate bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, beantworten Sie bitte die nächsten drei Zeilen:

Name, Vorname des Elternteils:

Name der Krankenkasse/n:

Versicherungszeiten bei der/den Krankenkasse/n:

Mobil KRANKENKASSE

Beitrittserklärung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für Kinder

Name, Vorname des Kinds:

5. Mein Kind möchte sich zusätzlich 500,00 € für seine Gesundheit sichern!

100 % kostenlos! 0 % Risiko!

☐ Ich wünsche für mein Kind die Teilnahme am **Bonusprogramm fit*for*cash.**

Auf mobil-krankenkasse.de/200plus erfahren Sie, wie Ihr Kind zusätzlich vom **Extra-Gesundheitsgeld – 200*PLUS*** profitieren kann.

6. Bestätigung

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

Telefonnummer des Erziehungsberechtigten:

E-Mail-Adresse des Erziehungsberechtigten:

Ort, Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

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

Mobil KRANKENKASSE