

Beiträge zur Pflegeversicherung: Angaben zu Ihren Kindern Ergänzungsbogen

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

3. Angaben zu meinen weiteren Kindern

Bitte tragen Sie Ihre leiblichen bzw. Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder ein.

Wichtig: Als Nachweis legen Sie bitte **z. B. die Geburtsurkunde** bei.

Name, Vorname *i*

Geburtsdatum:

Leibliches Kind Stiefkind Pflegekind

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Leibliches Kind Stiefkind Pflegekind

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Leibliches Kind Stiefkind Pflegekind

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Leibliches Kind Stiefkind Pflegekind

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Leibliches Kind Stiefkind Pflegekind

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 Beitragssatzes in der Pflegeversicherung im Rahmen vom § 55 Abs. 3 SGB XI. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Datum:

Unterschrift der/des Versicherten Ggf. gesetzlicher Vertreter:

FB AU

Senden Sie bitte diese Seite 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