

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Bitte senden Sie diesen Fragebogen an:
 Mobil Krankenkasse
 20091 Hamburg

Name _____
 Versichertennummer _____

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	
Ich war bisher	<input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung versichert (Name der Krankenkasse) _____
Anlass für die Familienversicherung:	<input type="checkbox"/> Beginn einer Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Geburt eines Kindes <input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) (In diesem Fall sind Angaben zum Versicherungsverhältnis des Ehegatten zu machen.)
Mein Ehegatte/ Lebenspartner ist:	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert (Einkommensnachweis erforderlich)
Telefon _____	E-Mail _____

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

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
*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.				
Vorname				
Geschlecht				
Geburtsdatum				
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 <i>Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Die bisherige Versicherung endete am:				
Name Versicherung				
Art der 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

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Name _____ Versichertennummer _____

	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
	<i>Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen.</i>			
Gesetzliche, ausländische, sonst. 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
	<i>z. B.: Brutto-Arbeitsentgelt, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, aus Kapitalvermögen, Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes</i>			
Entgelt aus geringfügiger Beschäftigung (mtl.)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Schulbesuch/Studium		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
	<i>Bitte bei Angehörigen ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.</i>			
Wehr- oder Zivildienst		vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
	<i>Bitte Dienstbescheinigung beifügen.</i>			
Rentenversicherungs-Nr.				
Staatsangehörigkeit				
<i>Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.</i>				
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 _____
 Mit der Unterschrift erkläre ich, dass meine Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten zugestimmt haben.

Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen _____
 Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.