

# Einkommensanfrage

Damit wir die Beiträge für Ihr Kind berechnen können: Senden Sie uns diesen Fragebogen ausgefüllt und zusammen mit den von uns benötigten Nachweisen zurück.

Gleich  
ausfüllen  
und  
absenden

## 1. Persönliche Angaben meines Kindes

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

## 2. Mein Kind hat keine eigenen Einnahmen

Der Lebensunterhalt wird durch die/den Erziehungsberechtigten sichergestellt.

**Wichtig:** Das weitere Ausfüllen des Fragebogens ist – bis auf die Unterschriftszeile – nicht notwendig. Es sind keine Nachweise erforderlich.

## 3. Mein Kind hat eigene Einnahmen

(bitte zutreffende Einnahmen ankreuzen und ausfüllen)

### Einkünfte aus freiberuflicher/selbstständiger Tätigkeit

Einkünfte aus freiberuflicher/selbstständiger Tätigkeit: monatlich  €  
(bitte Nachweise beifügen)

Freiberuflich/Selbstständig tätig als:

Mein Kind wird zur Einkommensteuer veranlagt:

Ja (bitte vollständigen aktuellsten Steuerbescheid beifügen)

Nein (Alternativ zum vollständigen Steuerbescheid benötigen wir einen anderen geeigneten Nachweis über den Gewinn Ihres Kindes, z. B. die aktuellste Gewinn- und Verlustrechnung.)

Gründungszuschuss oder Einstiegsgeld: monatlich  €  
(bitte Bescheid beifügen)

### Lohn/Gehalt aus einer Beschäftigung

(bitte aktuelle und letzte Abrechnung für Dezember beifügen)

Einnahmen aus einer Beschäftigung (auch Minijob): monatlich  €

Erwartet Ihr Kind in den kommenden zwölf Monaten  
**Einmal- oder Sonderzahlungen?**  Nein  Ja, in Höhe von  €

Bezieht Ihr Kind geldwerte Vorteile?  Nein  Ja, in Höhe von  €

### Renten (bitte die aktuellsten Bescheide beifügen)

Gesetzliche deutsche Rente(n)  
(z. B. Alters-/Hinterbliebenen-/Erwerbsminderungsrente): monatlich  €

Rente eines ausländischen Trägers: monatlich  €

einmalig abgefundene Rente eines ausländischen Trägers:  €

wurde/wird ausgezahlt am:  
(innerhalb der letzten 10 Jahre, frühestens ab dem 01.01.2023)

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Private Rentenleistung:  
(z. B. aus einer Direktversicherung oder Lebensversicherung) monatlich  €

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

**Versorgungsbezüge** (bitte die aktuellsten Bescheide beifügen)

Brutto-Versorgungsbezüge: monatlich  €  
(z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten)

Erwartet Ihr Kind in den kommenden zwölf Monaten  
**Einmal- oder Sonderzahlungen?**  Nein  Ja, in Höhe von  €

**Sonstige Einkünfte**

Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung: jährlich  €  
(bitte vollständigen Steuerbescheid beifügen)

Einnahmen aus Kapitalvermögen (z. B. Kapitalerträge, Zinsen): jährlich  €  
Bitte Steuerbescheinigung gemäß § 45a EStG und/oder Steuerbescheid beifügen. Sofern Ihre tatsächlichen Werbungskosten 51,00 € pro Kalenderjahr überschreiten, benötigen wir auch Nachweise über Ihre Werbungskosten.

Kapitaleistung oder Kapitalabfindung (Einmalzahlung):  €  
(Sofern diese innerhalb der vergangenen zehn Jahre gezahlt wurde z. B. aus einer **Direktversicherung**, aus einer **Lebensversicherung** oder aus **Versorgungsbezügen**.)

Weitere, hier nicht aufgeführte Einnahmen: monatlich  €

Bitte die Art der Einnahmen angeben:

Sofern Ihr Kind eigene Einnahmen hat, die den Betrag von 1.318,33 € unterschreiten: Wovon wird der Lebensunterhalt des Kindes sichergestellt?

Der (restliche) Lebensunterhalt wird durch die/den Erziehungsberechtigten sichergestellt.

Sonstiges, und zwar:  monatlich  €

**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 und der Beiträge im Rahmen von § 240 Sozialgesetzbuch (SGB) V und § 57 SGB XI. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen zum Datenschutz und Schwärzen von Angaben erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

Ich habe diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der Einkünfte unverzüglich der Mobil Krankenkasse mitzuteilen und dass ich **geeignete Nachweise** vorzulegen habe. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Telefonnummer des Erziehungsberechtigten:

E-Mail-Adresse des Erziehungsberechtigten:

Ort, Datum:

Unterschrift Erziehungsberechtigter:

**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](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

**Per App MOBIL ME:**  
Unterlagen fotografieren  
und hochladen