

# Fragebogen zur 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.

Bitte füllen Sie bei der nachstehenden Tabelle nur die weißen Felder aus, sofern Ihnen hierzu Angaben möglich sind.

	Ehegatte	Kind	Kind
Name <sup>1</sup>			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geschlecht			
Ggf. abweichende Anschrift			
Beginn der Familienversicherung			
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind		<input type="checkbox"/> leibliches Kind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?		<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		

<sup>1</sup> 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 zur Aufnahme in die Familienversicherung

Name, Vorname

Versicherten-Nr.

	Ehegatte	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		
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (mtl.)	Euro		
bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen			
Gesetzliche, ausländische, sonstige Renten, Betriebsrente, Versorgungsbezüge (mtl.)	Euro		
	Art der Einkünfte		
Sonstige regelmäßige mtl. Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts	Euro		
	Art der Einkünfte		
z. B.: Brutto-Arbeitsentgelt, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindung			
Entgelt aus geringfügiger Beschäftigung (mtl.)	Euro		
Schulbesuch/Studium			
bitte bei Angehörigen ab 23 Jahre eine Schul- oder Studienbescheinigung beifügen			
Wehr- oder Zivildienst			
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](mailto: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](http://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

**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