

Familienversicherung: Angaben zur selbstständigen Tätigkeit

Bitte senden Sie Ihre Antwort an:
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

Eberl, Martin; KVN: U465179562

Gleich
ausfüllen
und
absenden

Bitte ergänzen Sie folgende Fragen ab Beginn der Familienversicherung:

1. Welche Art von selbstständiger Tätigkeit üben Sie aus?
Berater im Bereich Qualitätsmanagement und Projektmanagement
2. Seit wann üben Sie diese Tätigkeit aus? _____
3. Üben Sie die selbstständige Tätigkeit weiterhin aus? Wenn nein, wann endet(e) sie?
☒ Ja ☐ Nein, sie endet(e) am _____
Wenn Ihnen eine Gewerbeanmeldung bzw. Gewerbeabmeldung vorliegt, reichen Sie diese bitte ein.
4. Wie viele Stunden wenden Sie für Ihre selbstständige Erwerbstätigkeit pro Woche auf (inkl. Vor- und Nacharbeit)?
Ø 2 Stunden pro Woche.
5. Beschäftigen Sie versicherungspflichtige Arbeitnehmer in Ihrer selbstständigen Tätigkeit?
☐ Nein ☒ Ja 1 Person(en).
6. Beschäftigen Sie geringfügig entlohnte Arbeitnehmer (Minijobber)? Wenn ja, wie viele?
☐ Nein ☐ Ja _____ Person(en) mit einem Entgelt von zusammen _____ Euro.
7. Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Arbeitseinkommen aus Ihrer selbstständigen Tätigkeit?
_____ Euro pro Monat. *Bitte fügen Sie Ihren letzten Einkommensteuerbescheid bei.*
8. Durch wen oder woraus und in welcher Höhe wird Ihr Lebensunterhalt sichergestellt?
Durch meine Frau. Wir leben im gleichen Haushalt. Privatentnahmen erfolgen auf Bedarf.
Höhe: * Euro pro Monat. **unterschiedlich, je nach Bedarf und Einnahme.*
9. Erhalten Sie Einstiegsgeld oder einen Gründungszuschuss?
☒ Nein ☐ Ja *Bitte fügen Sie einen Nachweis bei.*
10. Mit welchem Ziel üben Sie Ihre selbstständige Tätigkeit aus?
☒ Haupterwerb ☐ Nebenerwerb ☐ Hobby
11. Haben Sie einen Steuerberater? ☐ Nein ☒ Ja

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 und § 25 SGB XI. 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 unverzüglich informieren.

Pliening, 3. März 2025
Ort, Datum

Martin Eberl
Unterschrift