

# Beitrittserklärung für Berufsstarter

Mobil Krankenkasse  
Vertriebs-Center  
20091 Hamburg



Oder per Fax an  
**0800 255 3002-9881**

Ich möchte Mitglied bei der Mobil Krankenkasse werden ab:

		2	0	2	1
Tag	Monat	Jahr			

**Meine persönlichen Angaben**  Mann  Frau  divers

Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Name	_____	Telefon	_____
Straße, Nr.	_____	E-Mail	_____
Postleitzahl, Ort	_____	Versichertennummer	ID-Nummer
Land	_____	Rentenversicherungsnr.	_____

**Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir diese Angaben:**

Geburtsland \_\_\_\_\_  
Geburtsort \_\_\_\_\_  
Geburtsname \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**Mein Arbeitgeber:**

Beschäftigt seit/ab \_\_\_\_\_  
Betriebsnummer (falls bekannt) \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

**Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert**

Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Kennung Träger\* \_\_\_\_\_  
\* Nr. 7 auf der Rückseite ihrer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte  
Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Ausland (Land) \_\_\_\_\_  
 familienversichert     pflichtversichert  
 freiwillig versichert     privat versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

**Zusätzlich beziehe ich**

Rente/Betriebsrente  
 Arbeitslosengeld I     Arbeitslosengeld II  
 Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit

**Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern**

ja  nein

**Mein Wahltarif cashback**

Ich wünsche die Teilnahme am Wahltarif cashback

**Bestätigung meiner Angaben**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigte)**