

Beitrittserklärung für Berufsstarter

Damit Sie schnellstmöglich als Mitglied von allen Vorteilen der Mobil Krankenkasse profitieren können: Füllen Sie bitte diesen Antrag aus – und senden Sie ihn unterschrieben an uns zurück.

Gleich
ausfüllen
und
absenden

1. Meine persönlichen Angaben

(bitte leere Felder ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Ich möchte Mitglied bei der Mobil Krankenkasse werden ab:

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern: ja nein

Frau Mann Divers

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Versicherten-Nr.:

Rentenversicherungsnummer:

Geburtsname:

Geburtsland:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

2. Bisherige Versicherung (bitte leere Felder ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert:

Name und Ort der Krankenkasse:

Kennung Träger (Nr. 7 auf der Rückseite Ihrer aktuellen eGK):

Zeitraum:

bis

familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert nicht gesetzlich versichert

Ausland (Land):

Ich bin beihilfeberechtigt.

3. Angaben zu meinem Arbeitgeber (bitte leere Felder ausfüllen)

Betriebsnummer (falls bekannt):

Beschäftigt seit/ab:

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

Beitrittserklärung für Berufsstarter

4. Zusätzliche Bezüge (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Rente/Betriebsrente Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit
 Arbeitslosengeld I Bürgergeld

5. Ich möchte mir zusätzlich 350,00 Euro oder mehr im Jahr für meine Gesundheit sichern!

- Ich wünsche die Teilnahme am **Bonusprogramm fitforcash**.

Auf mobil-krankenkasse.de/200plus erfahren Sie, wie Sie zusätzlich vom **Extra-Gesundheitsgeld – 200PLUS** profitieren können.

100 %
kostenlos!
0 % Risiko!

6. Mitglieder werben Mitglieder

Ich wurde geworben von:

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

IBAN (International Bank Account Number, 22-stellig):

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (Business Identifier Code, 11-stellig):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift des werbenden Mitglieds:

7. Informieren Sie mich über Mehrwert- und Serviceangebote

- Ich möchte über Mehrwert- und Serviceangebote der Mobil Krankenkasse informiert und beraten werden. Dazu gehört, dass ich zu Kundenbefragungen kontaktiert werden darf. Meine Teilnahme an diesen Befragungen ist freiwillig.

Kontaktieren Sie mich bitte: per E-Mail per Telefon

Widerruf: Ich kann diese Einwilligung jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, indem ich ganz einfach eine E-Mail an widerruf@mobil-krankenkasse.de sende.

8. Bestätigung meiner Angaben

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 des Versicherungsverhältnisses bzw. der Mitgliedschaft im Rahmen von § 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 186 ff. SGB V, § 229 SGB V, § 20 SGB XI und § 57 SGB XI. Ihre Angaben werden ggf. an das Finanzamt weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Datum, Ort:

Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten):

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

Per App MOBIL ME:
Unterlagen fotografieren
und hochladen