Beitrittserklärung für Berufsstarter

Gleich ausfüllen und absenden

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.

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:

Mobil KRANKENKASSE

Beitrittserklärung für Berufsstarter

4. Zusätzliche Bezüge (bitte Zutreffendes ankreuzen)

☐ Rente/Betriebsrente ☐ Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit

☐ Arbeitslosengeld ☐ Grundsicherungsgeld

5. Ich möchte mir zusätzlich 500,00 Euro oder mehr im Jahr für meine Gesundheit sichern!

100 % kostenlos! 0 % Risiko!

☐ Ich wünsche die Teilnahme am **Bonusprogramm fit*for*cash.**

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

6. 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.

7. 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

Mobil KRANKENKASSE