

## Beitrittserklärung für Studenten

Mobil Krankenkasse  
Vertriebs-Center  
20091 Hamburg

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

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Ich möchte Mitglied bei der Mobil Krankenkasse werden ab:

		2	0	2	1
Tag	Monat	Jahr			

- Aufnahme Studium  Ende Familienversicherung  
 Wechsel nach Ablauf Bindungsfrist  Erhöhung Zusatzbeitrag

### Meine persönlichen Angaben

<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> divers	Versichertennummer	ID-Nummer
Vorname	Name	
Straße, Nr.	Geburtsdatum	
Postleitzahl	Ort	Land
Telefon	E-Mail	

### Bürgerentlastungsgesetz

Steueridentifikationsnummer (falls bekannt) \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

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

Geburtsland und -ort \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

- Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen. *Bitte Nachweis beifügen.*  
 Ich habe bei Krankheit Anspruch auf Sachleistungen nach über- oder zwischenstaatlichem Recht. *Bitte Nachweis beifügen.*

### Angaben zu Einkünften

Ich beziehe  Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit  Einkommen aus abhängiger Beschäftigung

Rente/Betriebsrente  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Monatlich \_\_\_\_\_ Euro

Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden \_\_\_\_\_ Wöchentliche Studienzeit in Stunden \_\_\_\_\_

### Angaben zu meinem Studium

Hochschule/FH \_\_\_\_\_ Fachrichtung \_\_\_\_\_

Studium vom \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Aktuelles Fachsemester \_\_\_\_\_ *Bitte legen Sie eine aktuelle Studienbescheinigung bei.*

**Angaben für die Pflegeversicherung** *Bitte reichen Sie geeignete Nachweise ein.*

- Ich bin Mutter/Vater eines Kindes/mehrerer Kinder.  Ich bin kinderlos.

Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern

- ja  nein

## Beitrittserklärung für Studenten

, ID-Nummer

### Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Kennung Träger \_\_\_\_\_ Nr. 7 auf der Rückseite ihrer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte

familienversichert  pflichtversichert  freiwillig versichert  privat versichert

### Angaben zur Beitragszahlung

Bitte senden Sie mir ein SEPA-Mandat zu.

### Mein Wahltarif cashback

Ich wünsche die Teilnahme am Wahltarif cashback.

### Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die Mobil Krankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflichten für Krankenkassen meine Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID-Nr.), soweit ich diese nicht angegeben habe, bei der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) erfragen darf..

### 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 des Versicherungsverhältnisses bzw. der Mitgliedschaft im Rahmen von § 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 20 SGB V, § 186 ff. SGB V, § 229 SGB V, § 236 SGB V, § 20 SGB XI, § 57 SGB XI und für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 Abs. 1 SGB IV. Ihre Angaben werden ggf. an das Finanzamt und an die Commerzbank AG weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz).

### Bestätigung meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)