Beitrittserklärung für Studenten

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

Wechselgrund: ☐ Aufnahme Studium ☐ Ende Familienversicherung
☐ Erhöhung Zusatzbeitrag ☐ Ablauf Bindungsfrist

Frau ☐ Mann ☐ Divers ☐

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefon (freiwillige Angabe):

E-Mail (freiwillige Angabe):

Versicherten-Nr.:

Rentenversicherungsnummer:

Steueridentifikationsnummer (11-stellig):

Zu Ihrer Information: Sofern Ihre Steueridentifikationsnummer nicht oder nicht korrekt vorliegt, fordern wir diese vom Bundeszentralamt für Steuern an.

Geburtsname:

Geburtsland:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Angaben zur Elterneigenschaft zur Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrags

Ich habe ein Kind/Kinder: ☐ Nein ☐ Ja

Anzahl der Kinder: _____ (bitte Nachweis für jedes Kind einreichen, falls noch nicht geschehen)

2. Angaben zu Einkünften

(bitte Einkommensnachweise beifügen, leere Felder ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Ich beziehe ☐ Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit ☐ gesetzliche Rente
☐ Betriebsrente ☐ Versorgungsbezug ☐ Einkommen aus abhängiger Tätigkeit

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

Name der Hochschule/FH:

Anschrift der Hochschule/FH:

Hochschulabsendernummer (HSAN, 8-stellig) – falls bekannt:

Studium vom: T T M M J J J J bis (vorauss.) T T M M J J J J

Mobil KRANKENKASSE

Beitrittserklärung für Studenten

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

4. 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 elektronischen Gesundheitskarte):

☐ familienversichert ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ nicht gesetzlich versichert

5. Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zu Ihrer Information: Mit dem SEPA-Lastschriftmandat ermächtigen Sie die Mobil Krankenkasse, Zahlungen von Ihrem Konto mittels Basis-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen Sie Ihr Geldinstitut an, unsere Lastschriften einzulösen.

Name des Geldinstituts:

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

D	E																			

BIC (Business Identifier Code, 11-stellig):

☐ wiederkehrende Zahlung ☐ einmalige Zahlung

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt ab dem:

T	T	M	M	J	J	J	J

Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Das SEPA-Lastschriftmandat kann jederzeit von mir schriftlich widerrufen werden. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich die Mobil Krankenkasse über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

6. Ich möchte mir zusätzlich bis zu 500,00 Euro 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.

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.

Mobil KRANKENKASSE

Beitrittserklärung für Studenten

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

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, § 20 SGB V, § 186 ff. 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

Datum, Ort:

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter):

Senden Sie bitte alle Seiten ausgefüllt zurück

Per Post:	**Per E-Mail:**	**Per App MOBIL ME:**
Mobil Krankenkasse 20091 Hamburg	Unterlagen scannen und senden an info@service.mobil-krankenkasse.de	Unterlagen fotografieren und hochladen

Mobil KRANKENKASSE