

# Beitrittserklärung für Studierende

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

## Beitrittserklärung für Studierende

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!

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

Auf [mobil-krankenkasse.de/200plus](http://mobil-krankenkasse.de/200plus) erfahren Sie, wie Sie zusätzlich vom **Extra-Gesundheitsgeld – 200PLUS** profitieren können.

100 %  
kostenlos!  
0 % Risiko!

### 7. 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 Werbers:

## Beitrittserklärung für Studierende

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

### 8. 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](mailto:widerruf@mobil-krankenkasse.de) sende.

### 9. 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](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, § 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)

Datum, Ort:

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter):

### Senden Sie bitte alle Seiten ausgefüllt zurück

#### Per Post:

Mobil Krankenkasse  
20091 Hamburg

#### Per E-Mail:

Unterlagen scannen und senden an  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

#### Per App MOBIL ME:

Unterlagen fotografieren  
und hochladen