

# UMGEZOGEN? TEILEN SIE UNS IHRE NEUE ADRESSE MIT

Keine Frage: So ein Umzug ist schon stressig genug. Deshalb wollen wir es Ihnen so einfach wie möglich machen, uns Ihre neue Adresse mitzuteilen. Denn das schreibt der Gesetzgeber vor. **Tragen Sie unten Ihre alte und neue Anschrift ein.** Wichtig ist auch Ihre Unterschrift. **Senden Sie dann das Formular** per Post - oder per E-Mail als PDF. Sie können es auch über unser Kontaktformular auf unserer Internetseite [mobil-krankenkasse.de/kontaktformular](http://mobil-krankenkasse.de/kontaktformular) hochladen. Den Rest erledigen wir für Sie.

**GLEICH  
AUSFÜLLEN  
UND  
ABSENDEN!**

## ANGABEN ZUM VERSICHERTEN DER MOBIL KRANKENKASSE

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

### Bisherige Adresse:

Straße

Postleitzahl

Stadt

### Neue Adresse:

Einzugsdatum

Straße

Postleitzahl

Stadt

**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 schriftliche Kommunikation im Rahmen von § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V und § 94 SGB XI. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz).

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren.**

Telefon

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r/Erziehungsberechtigte/r (bitte Vor- und Nachname angeben)

## **SENDEN SIE BITTE DIESE SEITE AUSGEFÜLLT ZURÜCK**

### **Per Post:**

Mobil  
Krankenkasse  
20091 Hamburg

### **Per E-Mail:**

[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

### **Im Internet:**

[mobil-krankenkasse.de/  
kontaktformular](http://mobil-krankenkasse.de/kontaktformular)