

Beitrittserklärung für Arbeitnehmer

Mobil Krankenkasse
Vertriebs-Center
20091 Hamburg



Oder per Fax an
0800 255 3002-9881

Ich möchte Mitglied bei der Mobil Krankenkasse werden ab:

		2	0	2	1
Tag	Monat	Jahr			

Arbeitgeberwechsel Wechsel nach Ablauf Bindungsfrist Erhöhung des Zusatzbeitrags

Meine persönlichen Angaben Mann Frau divers

Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Name	_____	Telefon	_____
Straße, Nr.	_____	E-Mail	_____
Postleitzahl, Ort	_____	Versichertennummer	ID-Nummer
Land	_____	Rentenversicherungsnummer	_____

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

Geburtsland	_____
Geburtsort	_____
Geburtsname	_____
Staatsangehörigkeit	_____

Mein Arbeitgeber:

Beschäftigt seit/ab	_____
Betriebsnummer (falls bekannt)	_____
Name	_____
Straße, Nr.	_____
Postleitzahl, Ort	_____

pflichtversicherter Arbeitnehmer
 freiwillig versicherter Arbeitnehmer
Hinweis: Einkommen über 64.350,00 Euro jährlich ab 01.01.2021
 Ich bin beihilfeberechtigt

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert

Name	_____
Anschrift	_____
Kennung Träger*	_____
Zeitraum von _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert	
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	
Ausland (Land)	_____

* Nr. 7 auf der Rückseite ihrer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte

Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern

ja nein

Mein Wahltarif cashback

Ich wünsche die Teilnahme am Wahltarif cashback

Zusätzlich beziehe ich

Rente/Betriebsrente
 Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II
 Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit

Haben Sie in den letzten zehn Jahren eine Kapitalleistung oder Kapitalabfindung zur Alters- oder Hinterbliebenensicherung erhalten (z. B. Direktversicherung)?

Nein. Ja. **Wenn ja:**

Auszahlende Stelle	_____
Zeitpunkt der Zahlung	_____
Höhe der Zahlung	_____

Bestätigung meiner Angaben

_____ Datum

_____ Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigte)

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.