Beitrittserklärung für Arbeitnehmer

Damit Sie 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 J J J J

Wechselgrund: ☐ Arbeitgeberwechsel ☐ Ablauf Bindungsfrist ☐ Erhöhung Zusatzbeitrag

Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern: ☐ ja ☐ nein

Frau ☐ Mann ☐ Divers ☐

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Versicherten-Nr.:

Rentenversicherungsnummer:

Geburtsname:

Geburtsland:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

2. Bisherige Versicherung (bitte leere Felder ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert (auch im Ausland):

Name und Ort der Krankenkasse:

Kennung Träger oder IK-Nummer (Nr. 7 auf der Rückseite Ihrer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte oder IK-Nr. Ausland):

Zeitraum: T T M M J J J J bis T T M M J J J J

☐ familienversichert ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert

☐ privat versichert ☐ Ausland

3. Angaben zu meinem Arbeitgeber (bitte leere Felder ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Betriebsnummer (falls bekannt):

Beschäftigt seit: T T M M J J J J

Name des Arbeitgebers:

Anschrift des Arbeitgebers:

☐ pflichtversicherter Arbeitnehmer ☐ freiwillig versicherter Arbeitnehmer ☐ beihilfeberechtigt

Mobil KRANKENKASSE

4. Angaben zu weiteren finanziellen Bezügen (bitte Zutreffendes ankreuzen)

☐ Rente/Betriebsrente ☐ Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit

☐ Arbeitslosengeld ☐ Grundsicherungsgeld

5. Angaben zu Kapitalleistungen oder Kapitalabfindungen zur Alters- oder Hinterbliebenensicherung (bitte leere Felder ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Ich habe 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: T T M M J J J J Höhe der Zahlung:

6. Ich möchte mir zusätzlich 500,00 Euro oder mehr im Jahr 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.

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

Datum, Ort: Unterschrift:

Senden Sie bitte diese Seiten ausgefüllt zurück

Per Post:
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

Per E-Mail:
Unterlagen scannen und senden an
info@service-mobil-krankenkasse.de

Per App MOBIL ME:
Mit der App scannen und hochladen

Mobil KRANKENKASSE