

Beitrittserklärung für Rentner bzw. Rentenantragsteller

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

- Rentenbeginn/Rentenantragstellung Wechsel nach Ablauf Bindungsfrist
 Erhöhung des Zusatzbeitrags

Meine persönlichen Angaben

Mann Frau divers Versichertennummer _____

Vorname _____ Name _____

Straße, Nr. _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Land _____

Telefon _____ E-Mail _____

Steueridentifikationsnummer (falls bekannt) _____

Rentenversicherungsnummer _____ Familienstand _____

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

Geburtsland und -ort _____ Geburtsname _____

Staatsangehörigkeit _____

Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen. *Bitte Nachweis beifügen.*

Ich habe bei Krankheit Anspruch auf Sachleistungen nach über- oder zwischenstaatlichem Recht.
Bitte Nachweis beifügen.

Ich bin

seit/ab _____

- freiwillig versicherte(r) Rentner(in) pflichtversicherte(r) Rentner(in)
 Rentenantragsteller(in)

Bitte reichen Sie einen geeigneten Nachweis ein.

Ich war in den vergangenen fünf Jahren bei folgender Krankenkasse

Zeitraum _____ Name _____

Anschrift _____

Kennung Träger _____ *Nr. 7 auf der Rückseite ihrer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte*

familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Zeitraum _____ Name _____

Anschrift _____

Kennung Träger _____ *Nr. 7 auf der Rückseite ihrer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte*

familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Ich war in den vergangenen fünf Jahren kein Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse.

Beitrittserklärung für Rentner bzw. Rentenantragsteller

6

, ID-Nummer

Familienversicherung

Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern. *Sie erhalten in den nächsten Tagen einen Vordruck.*

Angaben für die Pflegeversicherung der Mobil Krankenkasse

Bitte reichen Sie einen geeigneten Nachweis ein.

Ich bin Mutter/Vater eines Kindes/mehrerer Kinder. Ich bin kinderlos.

Angaben zu meinem Ehepartner/meiner Ehepartnerin

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie sich als freiwilliges Mitglied versichern möchten.

Mein(e) Ehepartner(in) ist privat (nicht gesetzlich) krankenversichert.

Ja, ihr/sein monatliches Einkommen beträgt _____ Euro Nein

Wenn ja, wie viele Ihrer gemeinsamen Kinder sind nicht gesetzlich krankenversichert _____

Angaben zur Beitragszahlung

Bitte senden Sie mir ein SEPA-Mandat zu.

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die Mobil Krankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflichten für Krankenkassen meine Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID-Nr.), soweit ich diese nicht angegeben habe, bei der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) erfragen darf.

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,

§ 240 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

Bestätigung meiner Angaben

Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)