

Vermittler-Antrag Beitrittserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

E-Mail: vertriebs-center@mobil-krankenkasse.de

Fax: 0800 255 3002 9840



Ich möchte Mitglied bei der Mobil Krankenkasse werden ab:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

- Arbeitgeberwechsel Wechsel nach Ablauf der Bindungsfrist
 Erhöhung des Zusatzbeitrags

Meine persönlichen Angaben

Herr Frau divers

Vorname

Name

Geburtsdatum

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon tagsüber

E-Mail

Steueridentifikationsnummer
(falls bekannt)

Versicherten-Nr. Rentenversicherungsnummer

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Meine jetzige Kranken- und Pflegeversicherung

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert:

Name

Kennung Träger*

Zeitraum von bis

- familienversichert pflichtversichert
 privat versichert freiwillig versichert

Ausland (Land)

*Nr.7 auf der Rückseite Ihrer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte

Mein Wahltarif cashback

Ich wünsche die Teilnahme an dem Wahltarif cashback

Datenschutzhinweis:

Die Mobil Betriebskrankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@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, § 9 SGB V, § 186 ff. SGB V, § 240 SGB V, § 20 SGB XI und § 57 SGB XI. Ihre Angaben werden ggf. an das Finanzamt, Ihren Arbeitgeber sowie Ihre Zahlstelle weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz.

Einwilligungserklärung:

Ich willige ein, dass die Mobil Betriebskrankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflichten für Krankenkassen meine Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID-Nr.), soweit ich diese nicht angegeben habe, bei der Zentralen Zulagenstellen für Altersvermögen (ZfA) erfragen und die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge, Zusatzbeiträge und Prämien an die Finanzverwaltung übermitteln darf (§ 10 Abs. 2a Satz 4 EStG). Die Einwilligung gilt auch für die folgenden Beitragsjahre, es sei denn, die Einwilligung wird schriftlich bei der Mobil Betriebskrankenkasse widerrufen. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, der Mobil Betriebskrankenkasse vorliegen. Für Mitglieder, deren Beiträge durch eine andere Stelle (z. B. Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger) gemeldet werden, sind wir verpflichtet Erstattungen in jedem Fall zu melden. Hier besteht keine Möglichkeit des Widerspruchs.

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.

Art der Mitgliedschaft

- pflichtversicherter Arbeitnehmer
 freiwillig versicherter Arbeitnehmer
Hinweis: Einkommen über 73.800,00 Euro ab dem 01.01.2025
 Selbstständig Student Rentner/in Sonstige
 Leistungsbezieher ALG I Leistungsbezieher Bürgergeld

Bitte reichen Sie uns eine Kopie Ihrer Unterlagen ein: letzter Einkommenssteuerbescheid (Selbstständiger), Immatrikulationsbescheinigung (Student), Rentenbescheid (Rentner), ALG-Bescheid (Arbeitssuchender)

Mein Arbeitgeber

Beschäftigt seit/ab

Betriebsnummer (falls bekannt)

Name

Straße, Nr.

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Ich bin beihilfeberechtigt.

Zusätzlich beziehe ich

- Rente/Betriebsrente Arbeitslosengeld I
 Bürgergeld

Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit

Sonstiges

in Höhe von Euro monatlich.

Ich möchte am Bonusprogramm fitforcash teilnehmen.

Meine Familie

Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern
Sie erhalten in den nächsten Tagen einen Antrag auf Familienversicherung.

Ehegatte Name

Ehegatte Geburtstag

Kind 1 Name

Kind 1 Geburtstag

Kind 2 Name

Kind 2 Geburtstag

Vermittler

Vermittler-Nummer

Bestätigung meiner Angaben

Datum

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Unterschrift
(ggf. des Erziehungsberechtigten)