

Ich möchte Mitglied bei der Mobil Krankenkasse werden ab:

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

Meine persönlichen Angaben

Herr Frau divers

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

Ggf. Adresszusatz

PLZ, Ort

Geburtsdatum

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

Versichertennummer

Rentenversicherungsnummer

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Angaben zur Beschäftigung

Arbeitgeber

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Mein monatliches Brutto-Arbeitsentgelt beträgt

bis zu 450 EUR monatlich mehr als 5.212,50 EUR monatlich.
(Minijob).

Wichtig: Bitte rechnen Sie eventuelle Sonderzahlungen mit ein.

Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angabe

E-Mail, freiwillige Angabe

Datum

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

Unterschrift
(ggf. des Erziehungsberechtigten)

Hiermit werde ich in Kenntnis gesetzt, dass die Mobil Krankenkasse den Vertriebspartner zu Abrechnungszwecken über eine zu Stande gekommene Mitgliedschaft informiert.

Daten des Vermittlers

Gesellschaft, Name

PLZ, Standort

Telefon

Vermittlernummer

[Daten fixieren](#)

Angaben zur bisherigen Krankenversicherung

Ich war zuletzt im Ausland versichert bzw. habe dort gelebt.

Name des Landes

Ich war zuletzt

familienversichert pflichtversichert
 privat versichert freiwillig versichert

Zeitraum von bis

Krankenversicherung, Ort

Ich bin von der Kranken- und Pflegeversicherung befreit.

Wichtig: Bitte senden Sie uns eine Kopie der Befreiung.

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.