

Beitrittserklärung für Rentner

Damit Sie schnellstmöglich 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 | 2 | 0 | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ich beziehe eine Rente ab/seit

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Meine Rente ist noch nicht bewilligt. (Sie erhalten in den nächsten Tagen einen Einkommensfragebogen.)

Wechselgrund: Erhöhung des Zusatzbeitrags Wechsel nach Ablauf Bindungsfrist

Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern: ja nein

Frau Mann Divers

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefon (freiwillige Angabe):

E-Mail (freiwillige Angabe):

Versicherten-Nr.:

Rentenversicherungsnummer:

Steueridentifikationsnummer (11-stellig):

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zu Ihrer Information: Sofern Ihre Steueridentifikationsnummer nicht oder nicht korrekt vorliegt, fordern wir diese vom Bundeszentralamt für Steuern an.

Geburtsname:

Geburtsland:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

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

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert:

Name und Ort der Krankenkasse:

Zeitraum vom:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

bis

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Kennung Träger (Nr. 7 auf der Rückseite Ihrer aktuellen eGK):

familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert nicht gesetzlich versichert

Ich war im Ausland versichert.

3. Angaben zur Pflegeversicherung (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ich habe ein Kind/Kinder: Nein Ja

Anzahl der Kinder: _____ (bitte Nachweis für jedes Kind einreichen, falls noch nicht geschehen)

Beitrittserklärung für Rentner

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

4. Ich möchte mir zusätzlich bis zu 500,00 Euro für meine Gesundheit sichern!

Ich wünsche die Teilnahme am **Bonusprogramm fitforcash**.

Auf mobil-krankenkasse.de/200plus erfahren Sie, wie Sie zusätzlich vom **Extra-Gesundheitsgeld – 200PLUS** profitieren können.

100 %
kostenlos!
0 % Risiko!

5. Mitglieder werben Mitglieder

Ich wurde geworben von:

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

IBAN (International Bank Account Number, 22-stellig):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

BIC (Business Identifier Code, 11-stellig):

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Unterschrift des werbenden Mitglieds:

6. 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.

7. Bestätigung meiner Angaben

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, 239 SGBV, § 20 SGB XI und 54 ff. 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:
Unterlagen fotografieren
und hochladen