krankenkassennetz.de GmbH • Waisenhausring 6• D-06108 Halle (Saale)

krankenkassennetz.de

Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachtes Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **Mobil Krankenkasse** unkompliziert möglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@krankenkassennetz.de).

Die **Mobil Krankenkasse** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Vermittler-Antrag Beitrittserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

E-Mail: vertriebs-center@mobil-krankenkasse.de
Fax: 0800 255 3002 9840

Mobil KRANKENKASSE

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 cash*back*

☐ Ich wünsche die Teilnahme an dem Wahltarif cash*back*

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.

Art der Mitgliedschaft

☐ pflichtversicherter Arbeitnehmer

☐ freiwillig versicherter Arbeitnehmer
Hinweis: Einkommen über 64.350,00 Euro ab dem 01.01.2022

☐ Selbstständig ☐ Student ☐ Rentner/in ☐ Sonstige

☐ Leistungsbezieher ALG I ☐ Leistungsbezieher ALG II

Bitte reichen Sie uns eine Kopie Ihrer Unterlagen ein: letzter Einkommensteuerbescheid (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 ☐ Arbeitslosengeld II

☐ Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit

☐ Sonstiges

in Höhe von ____ Euro monatlich.

☐ Ich möchte am Bonusprogramm fit*for*cash 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: krankenkassennetz.de GmbH

Vermittler-Nummer: 7200557037

Bestätigung meiner Angaben

Datum (Tag | Monat | Jahr)

Unterschrift
(ggf. des Erziehungsberechtigten)

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.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice Mobil Krankenkasse
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

(1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden

(2) auf einen Briefumschlag kleben

(3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen

(4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.