

Mitglieder werben Mitglieder

Drei einfache Schritte zu Ihrer Prämie

1. Schritt: Empfehlen

Als Mitglied der Mobil Krankenkasse werben Sie mit Ihren guten Erfahrungen und empfehlen uns weiter.

2. Schritt: Ausfüllen

Sie senden uns das ausgefüllte Formular mit den Angaben zum neuen Mitglied zurück und wir senden den Mitgliedsantrag dann direkt an den Interessenten.

3. Schritt: Kassieren

Für jedes erfolgreich geworbene Mitglied erhalten Sie von uns **25,00** Euro.

Die Auszahlung der Prämie erfolgt ca. 6 Wochen nach dem Eintrittsdatum.

Wir freuen uns, Ihre Angehörigen, Freunde oder Kollegen als neue Mitglieder zu begrüßen!

Angaben werbendes Mitglied	
Herr <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/>	
Vorname <input type="text"/>	Name <input type="text"/>
Versichertennummer <input type="text"/>	
BIC <input type="text"/>	IBAN <input type="text"/>
Unterschrift werbendes Mitglied	
Datum <input type="text" value="Tag"/> <input type="text" value="Monat"/> <input type="text" value="Jahr"/>	Unterschrift <input type="text"/>

Angaben geworbenes Mitglied	
Herr <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/>	Geburtsdatum <input type="text" value="Tag"/> <input type="text" value="Monat"/> <input type="text" value="Jahr"/>
Vorname <input type="text"/>	Name <input type="text"/>
Straße/Hausnummer <input type="text"/>	PLZ/Wohnort <input type="text"/>
Telefon <input type="text"/>	E-Mail <input type="text"/>
Bitte senden Sie mir einen Antrag zu für:	
<input type="radio"/> pflichtversicherte Arbeitnehmer	<input type="radio"/> freiwillig versicherte Arbeitnehmer <small>Hinweis: Einkommen überschreitet ab 01.01.2021 jährlich 64.350,00 Euro</small>
<input type="radio"/> Selbstständige	<input type="radio"/> Student
<input type="radio"/> Rentner	<input type="radio"/> Leistungsbezieher ALG I oder II
<input type="radio"/> Sonstige	
Unterschrift geworbenes Mitglied	
Datum <input type="text" value="Tag"/> <input type="text" value="Monat"/> <input type="text" value="Jahr"/>	Unterschrift <input type="text"/>

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 das Gewinnen von Mitgliedern im Rahmen der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz.

Einwilligungserklärung

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass die Mobil Krankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflichten für Krankenkassen Ihre Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID-Nr.), soweit diese nicht angegeben wird, bei der Zentralen Zulagenstellen für Altersvermögen (ZfA) erfragt und die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge, Zusatzbeiträge und Prämien an die Finanzverwaltung übermittelt (§ 10 Abs. 2a Satz 4 EStG). Die Einwilligung gilt auch für die folgenden Beitragsjahre, es sei denn, die Einwilligung wird schriftlich bei der Mobil Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, der Mobil Krankenkasse 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. Sollte es nicht zur einer Mitgliedschaft kommen, werden die von uns erhobenen Daten unverzüglich gelöscht.

Bitte senden Sie an: Mobil Krankenkasse, Vertriebs-Center, 20091 Hamburg,
Fax-Nr. 0800 255 3002 9840