

UMGEZOGEN? TEILEN SIE UNS IHRE NEUE ADRESSE MIT

Keine Frage: So ein Umzug ist schon stressig genug. Deshalb wollen wir es Ihnen so einfach wie möglich machen, uns Ihre neue Adresse mitzuteilen. Denn das schreibt der Gesetzgeber vor. **Tragen Sie unten Ihre alte und neue Anschrift ein.** Wichtig ist auch Ihre Unterschrift. **Senden Sie dann das Formular** per Post - oder per E-Mail als PDF. Sie können es auch über unser Kontaktformular auf unserer Internetseite mobil-krankenkasse.de/kontaktformular hochladen. Den Rest erledigen wir für Sie.

GLEICH
AUSFÜLLEN
UND
ABSENDEN!

ANGABEN ZUM VERSICHERTEN DER MOBIL KRANKENKASSE

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Bisherige Adresse:

Straße

Postleitzahl

Stadt

Neue Adresse:

Einzugsdatum

Straße

Postleitzahl

Stadt

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 schriftliche Kommunikation im Rahmen von § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V und § 94 SGB XI. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren.

Telefon

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r/Erziehungsberechtigte/r (bitte Vor- und Nachname angeben)

SENDEN SIE BITTE DIESE SEITE AUSGEFÜLLT ZURÜCK

Per Post
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

Per E-Mail
info@service.mobil-krankenkasse.de

Im Internet
mobil-krankenkasse.de/kontaktformular