

Antrag auf Prüfung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung

Mit diesem Schreiben beantrage ich die Prüfung meiner Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Nachweise über mein monatliches Arbeitsentgelt sowie von Renten, Versorgungsbezügen bzw. Arbeitseinkommen habe ich Ihnen beigelegt.

Gleich ausfüllen und absenden

1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.

Straße/Hausnummer:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

E-Mail-Adresse (optional):

Telefonnummer (optional):

2. Angaben zum Arbeitsentgelt

Erwarten oder erhielten Sie vom 01.01. bis 31.03. des laufenden Jahres eine Einmalzahlung?

ja nein

3. Angaben zur Bankverbindung für eine Erstattung

Name des Geldinstituts:

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

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

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 Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge im Rahmen von § 26 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) IV. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Datum

Unterschrift Kontoinhaber(in)

Unterschrift Antragsteller(in)

Senden Sie bitte diese Seite 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