

# 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 350,00 Euro oder mehr im Jahr für meine Gesundheit sichern!

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

Auf [mobil-krankenkasse.de/200plus](http://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](mailto: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](mailto: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](http://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](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

**Per App MOBIL ME:**  
Unterlagen fotografieren  
und hochladen