

## Beitrittserklärung für Leistungsbezieher nach dem SGB II und III

Mobil Krankenkasse  
Vertriebs-Center  
20091 Hamburg

oder per Fax an 0800 255 3002-9881

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

**Ich möchte Mitglied bei der Mobil Krankenkasse werden ab:**

					2	0	2	1
--	--	--	--	--	---	---	---	---

- Eintritt in die Arbeitslosigkeit  
 Wechsel nach Ablauf Bindungsfrist  
 Erhöhung des Zusatzbeitrags

### Meine persönlichen Angaben

<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> divers	Versichertennummer	ID-Nummer
Vorname _____	Name	_____
Straße, Nr. _____	Geburtsdatum	_____
Postleitzahl _____ Ort _____	Land	_____
Familienstand _____		
Telefon _____	E-Mail	_____
Rentenversicherungsnummer _____		
Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir diese Angaben:		
Geburtsland und -ort _____	Geburtsname	_____
Staatsangehörigkeit _____		

### Angaben zu Einkünften

#### Ich beziehe

seit/ab \_\_\_\_\_

- Arbeitslosengeld. Den Leistungsbescheid habe ich  beigelegt.  reiche ich nach.  
 Arbeitslosengeld II. Den Leistungsbescheid habe ich  beigelegt.  reiche ich nach.

#### Zusätzlich beziehe ich

- Rente.  Betriebsrente/Versorgungsbezüge.  Sonstiges. *Bitte reichen Sie einen Nachweis ein.*

#### Beihilfeanspruch

- Nein.  Ja. *Bitte reichen Sie entsprechende Unterlagen ein.*

### Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse

Name _____	
Anschrift _____	
Kennnummer Träger* _____	<i>Nr. 7 auf der Rückseite ihrer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte</i>
<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert

### Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern

- ja  nein

## Beitrittserklärung für Leistungsbezieher nach dem SGB II und III

### Einwilligungserklärung

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,

§ 229 SGB V, § 20 SGB XI und § 57 SGB XI. Ihre Angaben werden ggf. an das Finanzamt weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz).

### Bestätigung meiner Angaben

---

Datum

---

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)