Beitrittserklärung

für Leistungsbezieher nach dem SGB II und III

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

Wechselgrund: ☐ Eintritt in die Arbeitslosigkeit ☐ Ablauf der Bindungsfirst ☐ Erhöhung des Zusatzbeitrags

Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern: ☐ ja ☐ nein

Frau ☐ Mann ☐ Divers ☐

Name, Vorname: ,

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Versicherten-Nr.:

Rentenversicherungsnummer:

Geburtsname:

Geburtsland:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

2. Angaben zu Einkünften (bitte leere Felder ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Ich beziehe seit/ab dem

☐ Arbeitslosengeld. Den Leistungsbescheid habe ich ☐ beigelegt. ☐ reiche ich nach.

☐ Grundsicherungsgeld. 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.)

3. Bisherige Versicherung (bitte leere Felder ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert:

Name und Ort der Krankenkasse:

Kennung Träger (Nr. 7 auf der Rückseite Ihrer aktuellen eGK):

☐ familienversichert ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ nicht gesetzlich versichert

Ausland:

Mobil KRANKENKASSE

Beitrittserklärung
für Leistungsbezieher nach dem SGB II und III

100 % kostenlos! 0 % Risiko!

4. Ich möchte mir zusätzlich 500,00 Euro oder mehr im Jahr für meine Gesundheit sichern!

☐ Ich wünsche die Teilnahme am **Bonusprogramm fit*for*cash.**

Auf mobil-krankenkasse.de/200plus erfahren Sie, wie Sie zusätzlich vom **Extra-Gesundheitsgeld – 200*PLUS*** profitieren können.

5. 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 sende.

6. 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) 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

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

Per App MOBIL ME:
Unterlagen fotografieren und hochladen

Mobil KRANKENKASSE