

# 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 Bindungsfrist

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.

Bürgergeld. 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

# Beitrittserklärung für Leistungsbezieher nach dem SGB II und III

## 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, § 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)

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