Beitrittserklärung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung

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 ggf. leere Felder ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Ich möchte Mitglied bei der Mobil Krankenkasse werden ab: T T M M J J J J

☐ Mann ☐ Frau ☐ Divers

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

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:

☐ Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen. (bitte Nachweis beifügen)

☐ Ich habe Anspruch auf Sachleistungen nach über- oder zwischenstaatlichem Recht. (bitte Nachweis beifügen)

2. Bei selbständiger/freiberuflicher Tätigkeit (sofern Sie eine ausüben)

Ich bin selbstständig/freiberuflich tätig seit ☐☐☐☐☐☐☐☐ als

☐ GmbH-Geschäftsführer ☐ Gesellschafter ☐ Vorstandsmitglied einer Aktiengesellschaft

☐ Freiberufler ☐ Einzelunternehmer (bitte Gewerbeanmeldung beifügen)

☐ Ich arbeite derzeit aktiv im Unternehmen.

☐ Ich arbeite derzeit nicht aktiv im Unternehmen. Wenn, dann nur zwecks Erfüllung meiner Pflichten im Rahmen meiner gesellschaftsrechtlichen Stellung.

Ich beziehe: ☐ Überbrückungsgeld ☐ Einstiegsgeld
(bitte entsprechende Nachweise beifügen)

Bei meiner bisherigen Krankenkasse war ich zuletzt als Selbstständiger/Freiberufler mit Anspruch auf Krankengeld versichert.

☐ Nein ☐ Ja, mit Anspruch auf das gesetzliche Krankengeld.

☐ Ja, mit Anspruch auf Krankengeld aus einem Wahltarif.

☐ Ich möchte mich **nicht** mit Anspruch auf Krankengeld versichern.

☐ Möglicherweise möchte ich mich mit Anspruch auf Krankengeld versichern.
Bitte senden Sie mir Informationen zum gesetzlichen Krankengeld, zum Wahltarif Krankengeld sowie einen Antrag zu.

Mobil KRANKENKASSE

Beitrittserklärung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung

Name, Vorname:

3. Familienversicherung

☐ Ich möchte meine Familie kostenfrei mitversichern.
(Sie erhalten in den nächsten Tagen einen Vordruck)

4. Bisherige Versicherung

☐ Ich war in den vergangenen fünf Jahren nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse. Ich war

☐ privat versichert.

☐ weder gesetzlich noch privat versichert (Sondersystem). Ich war versichert bei

☐ Ich war in den vergangenen fünf Jahren bei folgender gesetzlicher Krankenkasse versichert:

1. Krankenkasse

Name:

Anschrift:

Zeitraum: bis

☐ familienversichert ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert

2. Krankenkasse

Name:

Anschrift:

Zeitraum: bis

☐ familienversichert ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert

Grund des Krankenkassenwechsels:

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. Ich möchte mir zusätzlich bis zu 500,00 € für meine Gesundheit sichern!

100 % kostenlos! 0 % Risiko!

☐ 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.

Mobil KRANKENKASSE

Beitrittserklärung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung

Name, Vorname:

7. Bestätigung

Datenschutzhinweis: Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de) als Verantwortlicher benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Feststellung des Versicherungsverhältnisses bzw. der Mitgliedschaft im Rahmen von § 9 Sozialgesetzbuch (SGB) V und § 20 SGB XI.
Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Ort, Datum:

Unterschrift:

Mobil KRANKENKASSE

Einkommensanfrage

Gleich ausfüllen und absenden

Damit wir Ihre Beiträge berechnen können: Senden Sie uns diesen Fragebogen ausgefüllt und zusammen mit den von uns benötigten Nachweisen zurück.

1. Meine persönlichen Angaben

(bitte ggf. leere Felder ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Name, Vorname: | Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

PLZ: | Ort:

Telefon/Mobil (freiwillige Angabe): | E-Mail (freiwillige Angabe):

Familienstand

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet

☐ eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

Angaben zur Elterneigenschaft zur Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrags

Ich habe ein Kind/Kinder: ☐ Nein ☐ Ja

Anzahl der Kinder: _____ (bitte Nachweis für jedes Kind einreichen, falls noch nicht geschehen)

2. Personenkreis (bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)

☐ Selbstständig als:

☐ Rentner ☐ Rentenantragsteller ☐ Arbeitnehmer ☐ Nicht erwerbstätig

☐ Schüler ☐ Student ☐ Beamter ☐ Sozialhilfeempfänger

☐ Andere Personengruppe:

3. Angaben zu meinen Einnahmen (bitte zutreffende Einnahmen ankreuzen und ausfüllen)

Renten (bitte die aktuellsten Bescheide beifügen)

☐ Gesetzliche deutsche Rente(n) (z. B. Alters-/Hinterbliebenen-/Erwerbsminderungsrente: monatlich €

☐ Rente eines ausländischen Trägers: monatlich €

☐ einmalig abgefundene Rente eines ausländischen Trägers: €

wurde/wird ausgezahlt am: T T M M J J J J
(innerhalb der letzten 10 Jahre, frühestens ab dem 01.01.2023)

☐ Sonstige Rente: monatlich €

☐ Rente aus Alterssicherung der Landwirte: monatlich €

Versorgungsbezüge (bitte die aktuellsten Bescheide beifügen)

☐ Brutto-Versorgungsbezüge: (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten) monatlich €

☐ Erwartete Einmalzahlungen: jährlich €

Mobil KRANKENKASSE

Name, Vorname: Versicherten-Nr.:

Lohn/Gehalt/Dienstbezüge aus einer Beschäftigung
(bitte aktuelle und letzte Abrechnung für Dezember beifügen)

☐ Bruttobetrag: monatlich €

☐ Geringfügige Beschäftigung (Minijob): monatlich €

☐ Erwartete Einmalzahlungen: jährlich €

☐ Abfindungen: €
Abfindung – erwartet oder innerhalb der letzten 12 Monate gezahlt
(bitte Aufhebungsvertrag und Arbeitsvertrag beifügen)

Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit/Gewerbebetrieb
(bitte Nachweise beifügen)

Einkünfte des letzten mir vorliegenden Einkommensteuerbescheids für das Jahr ____ jährlich €

☐ Seit Beginn meiner selbstständigen Tätigkeit liegt mir noch kein Steuerbescheid vor. Ich schätze meinen aktuellen durchschnittlichen Gewinn auf monatlich €

☐ Ich werde im Rahmen meiner selbstständigen Tätigkeit nicht zur Einkommensteuer veranlagt und mache auch keine freiwillige Einkommensteuererklärung. Ich schätze meinen aktuellen durchschnittlichen Gewinn auf monatlich €

Zu Ihrer Information: Alternativ zum vollständigen Steuerbescheid benötigen wir einen anderen geeigneten Nachweis über Ihren Gewinn (z. B. die aktuellste Gewinn- und Verlustrechnung).

☐ Gründungszuschuss (bitte Bescheid beifügen) monatlich €

Sonstige Einkünfte

☐ Einkünfte aus Kapitalvermögen (z. B. Kapitalerträge, Zinsen): jährlich €
Bitte Steuerbescheinigung gemäß § 45a EstG und/oder Steuerbescheid beifügen. Sofern Ihre tatsächlichen Werbungskosten 51,00 € pro Kalenderjahr überschreiten, benötigen wir auch Nachweise über Ihre Werbungskosten.

☐ Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung: jährlich €
(bitte vollständigen Steuerbescheid beifügen)

☐ Weitere, hier nicht aufgeführte Einnahmen: monatlich €
(z. B. Unterhalt, Sozialhilfe, Grundsicherungsleistungen etc. – bitte Nachweise beifügen)

Mobil KRANKENKASSE

Name, Vorname: Versicherten-Nr.:

Keine eigenen Einnahmen (bitte Zutreffendes ankreuzen)

☐ Ich lebe von meinen Ersparnissen. (bitte Nachweise beifügen)

☐ Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch z. B. Eltern, sonstige Personen.

Art und Höhe der Unterstützungsleistung

☐ Nur freie Verpflegung und Unterkunft.

☐ Finanzielle monatliche Unterstützung/Zuwendung als Überweisung: (bitte Kontoauszug beifügen) ____ €

☐ Finanzielle monatliche Unterstützung/Zuwendung in bar: ____ €

Unterschrift des Unterstützenden (nur bei Zuwendung in bar)

4. Angaben zum Ehepartner oder Lebenspartner (LPartG)

(nachfolgend nur noch „Partner")

Angaben zur Versicherung des Partners (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Mein Partner ist

☐ gesetzlich versichert. (keine Einkommensnachweise erforderlich)
Die folgenden Seiten für die Angaben zu unterhaltsberechtigten Kindern müssen nicht ausgefüllt und zurückgeschickt werden.

Name der Krankenkasse:

☐ nicht gesetzlich krankenversichert (z. B. privat versichert).
Bitte füllen Sie zusätzlich die Angaben zu unterhaltsberechtigten Kindern auf den folgenden Seiten aus.

Durchschnittliche monatliche Einnahmen meines Partners: ____ €

Bitte weisen Sie uns alle Bruttoeinnahmen Ihres **privat/nicht gesetzlich** versicherten Partners nach. Hierzu zählen auch Einmalzahlungen, wie z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld. Welche Nachweise für welche Einkunftsart erforderlich sind, können Sie diesem Fragebogen unter der jeweiligen Einkunftsart entnehmen.

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 und der Beiträge im Rahmen von § 240 Sozialgesetzbuch (SGB) V und § 57 SGB XI. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen zum Datenschutz und Schwärzen von Angaben erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Ich habe diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der Einkünfte unverzüglich der Mobil Krankenkasse mitzuteilen und dass ich **geeignete Nachweise** vorzulegen habe. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds oder des Steuerberaters

Bei Unterschrift des Steuerberaters bitte Vollmacht beifügen.

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

Einkommensanfrage
Angaben zu unterhaltsberechtigten Kindern

Name, Vorname: Versicherten-Nr.:

Wichtig: Bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Partner nicht gesetzlich versichert ist.
Für unterhaltsberechtigte Kinder können möglicherweise Freibeträge von den Einnahmen Ihres Ehe- oder Lebenspartners abgezogen werden. Damit wir diese ermitteln können, benötigen wir diesen Teil des Bogens ebenfalls ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Angaben zum 1. Kind

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Mein Kind ist:
- ☐ familienversichert
- ☐ selbst gesetzlich versichert
- ☐ privat versichert

Gemeinsames leibliches/adoptiertes Kind: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein: Kind von ☐ mir ☐ meinem Partner

Wenn Kind von meinem Partner:
Der geschiedene Partner zahlt Unterhalt: ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Angaben, wenn Kind nicht familienversichert ist:

Regelmäßiges monatliches Einkommen: €

Art des Einkommens:

Wird eine selbstständige Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt? ☐ Ja ☐ Nein

Angaben zum 2. Kind

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Mein Kind ist:
- ☐ familienversichert
- ☐ selbst gesetzlich versichert
- ☐ privat versichert

Gemeinsames leibliches/adoptiertes Kind: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein: Kind von ☐ mir ☐ meinem Partner

Wenn Kind von meinem Partner:
Der geschiedene Partner zahlt Unterhalt: ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Angaben, wenn Kind nicht familienversichert ist:

Regelmäßiges monatliches Einkommen: €

Art des Einkommens:

Wird eine selbstständige Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt? ☐ Ja ☐ Nein

Einkommensanfrage
Angaben zu unterhaltsberechtigten Kindern

Name, Vorname: Versicherten-Nr.:

Angaben zum 3. Kind

Nachname, Vorname:

Mein Kind ist:
- ☐ familienversichert
- ☐ selbst gesetzlich versichert
- ☐ privat versichert

Geburtsdatum:

Gemeinsames leibliches/adoptiertes Kind: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein: Kind von ☐ mir ☐ meinem Partner

Wenn Kind von meinem Partner:
Der geschiedene Partner zahlt Unterhalt: ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Angaben, wenn Kind nicht familienversichert ist:

Regelmäßiges monatliches Einkommen: €

Art des Einkommens:

Wird eine selbstständige Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt? ☐ Ja ☐ Nein

Angaben zum 4. Kind

Nachname, Vorname:

Mein Kind ist:
- ☐ familienversichert
- ☐ selbst gesetzlich versichert
- ☐ privat versichert

Geburtsdatum:

Gemeinsames leibliches/adoptiertes Kind: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein: Kind von ☐ mir ☐ meinem Partner

Wenn Kind von meinem Partner:
Der geschiedene Partner zahlt Unterhalt: ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Angaben, wenn Kind nicht familienversichert ist:

Regelmäßiges monatliches Einkommen: €

Art des Einkommens:

Wird eine selbstständige Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt? ☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds oder des Steuerberaters

Bei Unterschrift des Steuerberaters bitte Vollmacht beifügen.

Mobil KRANKENKASSE