

# Unsere Highlights auf einen Blick

Als eine der größten gesetzlichen Krankenkassen Deutschlands sind wir schon seit über 50 Jahren für unsere Kunden da. Unsere Versicherten profitieren durch umfassende Leistungen, Services und attraktive Prämien. Auf diesem Highlight-Blatt erhalten Sie einen kurzen Überblick zu unseren Topleistungen:



## Bis zu 600 € Beitragsrückerstattung

Sichern Sie sich die Chance auf eine jährliche Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit mit unserem Wahltarif *cashback*. Keine Kosten, kein Risiko, kein Selbstbehalt. Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen ist selbstverständlich nicht prämienschädlich.

## Wellness-Reisen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung

Wir bezuschussen die Teilnahme unserer Versicherten an ausgewählten Gesundheitsreisen mit bis zu 280,00€ pro Kalenderjahr.

## Bis zu 300 € Zuschuss zu privaten Gesundheitskosten

Im Rahmen unseres Bonusprogramms *fitforcash* bezuschussen wir private Gesundheitskosten, wie Krankenzusatz- und Pflegezusatzversicherungen mit bis zu 300,00€ pro Kalenderjahr.

## Jährlich bis zu 200 € für Extra-Leistungen

Mit Mein Extra Gesundheitsgeld – 200PLUS können Rechnungen für Osteopathie, professionelle Zahnreinigung und Retainer (Metalldraht zur Stabilisierung der Zähne nach einer Zahnkorrektur) bei uns zur Erstattung eingereicht werden.

## Online-Sprechstunde

Wenn rund um die Uhr Sprechstunde ist, egal, wo Sie sind. Die medizinische Beratung per Video-call der TeleClinic berät Sie fachkompetent und kostenfrei 365 Tage im Jahr, wann Sie es wollen.

Und noch viele weitere Zusatzleistungen:

### Kostenübernahme von Reiseschutzimpfungen

Wir erstatten Ihnen im Nachgang 100% der Kosten. Sie zahlen lediglich die gesetzliche Zuzahlung ab Vollendung des 18. Lebensjahres (10% der Kosten mindestens 5,00€, maximal 10,00€) zu dem Impfstoff. Reichen Sie uns einfach die Rechnung ein.

### Gesundheitskurse auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung

Wir bezuschussen die Teilnahme unserer Versicherten an ausgewählten Gesundheitskursen mit bis zu 1.200,00€ im Kalenderjahr.

### Homöopathie

Bei unseren Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie können Sie komplette homöopathische Behandlungen in Anspruch nehmen und wir übernehmen die Kosten. Das Angebot umfasst: ausführliche Anamnese, Folgeanamnesen und Beratung zum weiteren Therapieverlauf.

### Sportler-Check-up

Wir setzen uns für mehr Sicherheit beim Sport ein und tragen alle zwei Jahre 100% der Kosten für Sie (maximal 70,00€ für den Basis-Check-up und 130,00€ für die erweiterte Untersuchung).

### Hautkrebsscreening

Wir bieten unseren Versicherten bereits ab 18 Jahren ein jährliches Hautkrebsscreening an, bei medizinischer Notwendigkeit auch mit zusätzlicher Auflichtmikroskopie.

### Baby an Bord Schwangerenbetreuung

Wir unterstützen bei Behördengängen, stellen Ihnen Informationsmaterial rund ums Thema Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft zur Verfügung und fragen auch einfach mal nach, was wir sonst noch für Sie tun können.

Erfahren Sie mehr auf unserer Internetseite: [mobil-krankenkasse.de](https://mobil-krankenkasse.de)

Wenden und  
direkt wechseln!

# Vermittler-Antrag Beitrittserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

E-Mail: [vertriebs-center@mobil-krankenkasse.de](mailto:vertriebs-center@mobil-krankenkasse.de)

Fax: 0800 255 3002 9840



Ich möchte Mitglied bei der Mobil Krankenkasse werden ab:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

- Arbeitgeberwechsel  Wechsel nach Ablauf der Bindungsfrist  
 Erhöhung des Zusatzbeitrags

## Meine persönlichen Angaben

Herr  Frau  divers

Vorname

Name

Geburtsdatum 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon tagsüber

E-Mail

Steueridentifikationsnummer   
(falls bekannt)

Versicherten-Nr.  Rentenversicherungsnummer

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

## Meine jetzige Kranken- und Pflegeversicherung

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert:

Name

Kennung Träger\*

Zeitraum von  bis

- familienversichert  pflichtversichert  
 privat versichert  freiwillig versichert

Ausland (Land)

\*Nr.7 auf der Rückseite Ihrer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte

## Mein Wahltarif cashback

Ich wünsche die Teilnahme an dem Wahltarif cashback

### Datenschutzhinweis:

Die Mobil Betriebskrankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0900 255 0800, E-Mail: [info@mobil-krankenkasse.de](mailto:info@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, § 9 SGB V, § 186 ff. SGB V, § 240 SGB V, § 20 SGB XI und § 57 SGB XI. Ihre Angaben werden ggf. an das Finanzamt, Ihren Arbeitgeber sowie Ihre Zahlstelle weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz).

### Einwilligungserklärung:

Ich willige ein, dass die Mobil Betriebskrankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflichten für Krankenkassen meine Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID-Nr.), soweit ich diese nicht angegeben habe, bei der Zentralen Zulagenstellen für Altersvermögen (ZfA) erfragen und die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge, Zusatzbeiträge und Prämien an die Finanzverwaltung übermitteln darf (§ 10 Abs. 2a Satz 4 EStG). Die Einwilligung gilt auch für die folgenden Beitragsjahre, es sei denn, die Einwilligung wird schriftlich bei der Mobil Betriebskrankenkasse widerrufen. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, der Mobil Betriebskrankenkasse vorliegen. Für Mitglieder, deren Beiträge durch eine andere Stelle (z.B. Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger) gemeldet werden, sind wir verpflichtet Erstattungen in jedem Fall zu melden. Hier besteht keine Möglichkeit des Widerspruchs.

### 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.

## Art der Mitgliedschaft

- pflichtversicherter Arbeitnehmer  
 freiwillig versicherter Arbeitnehmer  
Hinweis: Einkommen über 73.800,00 Euro ab dem 01.01.2025  
 Selbstständig  Student  Rentner/in  Sonstige  
 Leistungsbezieher ALG I  Leistungsbezieher Bürgergeld

Bitte reichen Sie uns eine Kopie Ihrer Unterlagen ein: letzter Einkommenssteuerbescheid (Selbstständiger), Immatrikulationsbescheinigung (Student), Rentenbescheid (Rentner), ALG-Bescheid (Arbeitssuchender)

## Mein Arbeitgeber

Beschäftigt seit/ab

Betriebsnummer   
(falls bekannt)

Name

Straße, Nr.

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Ich bin beihilfeberechtigt.

Zusätzlich beziehe ich

- Rente/Betriebsrente  Arbeitslosengeld I  
 Bürgergeld  
 Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit

Sonstiges

in Höhe von  Euro monatlich.

Ich möchte am Bonusprogramm fitforcash teilnehmen.

## Meine Familie

Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern  
Sie erhalten in den nächsten Tagen einen Antrag auf Familienversicherung.

Ehegatte Name

Ehegatte Geburtstag

Kind 1 Name

Kind 1 Geburtstag

Kind 2 Name

Kind 2 Geburtstag

Vermittler

Vermittler-Nummer

## Bestätigung meiner Angaben

Datum 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Unterschrift   
(ggf. des Erziehungsberechtigten)

Gleich  
ausfüllen und  
absenden!

## 1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:	Versicherten-Nr.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer:	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 1. Meine Vollmacht

**Angaben zur bevollmächtigten Person**

Herr  Frau  Divers

Name, Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ:  Ort:

**Angaben zur Art der Vollmacht**

Die bevollmächtigte Person darf in folgenden Bereichen **Auskünfte** über mich erhalten:

Angelegenheiten der Krankenversicherung  
 Angelegenheiten der Pflegeversicherung  
 Nur in Bezug auf folgenden Sachverhalt:

Die bevollmächtigte Person darf in folgenden Bereichen **Auskünfte** über mich erhalten und **für mich handeln**:

Angelegenheiten der Krankenversicherung  
 Angelegenheiten der Pflegeversicherung  
 Nur in Bezug auf folgenden Sachverhalt:

**Zu Ihrer Information:** §13 Sozialgesetzbuch (SGB) X ermöglicht es, dass sich jede/r Versicherte gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse durch eine bevollmächtigte Person vertreten lassen kann. Be- vollmächtigt werden kann jede geschäftsfähige natürliche Person, solange sie nicht geschäftsmäßig fremde Rechtsangelegenheiten besorgt, ohne Rechtsanwalt zu sein. Liegt uns eine Vollmacht vor, müs- sen wir uns an die bevollmächtigte Person wenden. Wir können uns an den Vollmachtgeber wenden, so- weit dieser zur Mitwirkung verpflichtet ist, müssen dann aber die bevollmächtigte Person verständigen.

Die Vollmacht erstreckt sich auch auf den **Empfang von Schriftstücken und Bescheiden**. Sie ist wirk- sam, bis sie schriftlich widerrufen wird. Dieses gilt **grundsätzlich auch über den Tod hinaus**. Wenn Sie das nicht wünschen, dann können Sie dieses hier ausschließen:  
 Die Vollmacht gilt nur zu Lebzeiten.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

**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