

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 attraktiven Prämien. Auf diesem Highlight-Blatt erhalten Sie einen kurzen Überblick zu unseren Topleistungen:



Bis zu 600,00 Euro 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 200,00 Euro pro Kalenderjahr.

Jährlich bis zu 255,00 Euro Zuschuss zu privaten Gesundheitskosten

Im Rahmen unseres Bonusprogramms *fitforcash* bezuschussen wir private Gesundheitskosten, wie Krankenzusatz-, Pflegezusatz-, Unfall- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen mit bis zu 255,00 Euro pro Kalenderjahr.

Jährlich 200,00 Euro für Extra-Leistungen

Mit Mein Extra-Gesundheitsgeld – *200PLUS* können Rechnungen über Osteopathie, professioneller Zahnreinigung, Kinesiotaping und apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bei uns zur Erstattung eingereicht werden.

Online-Sprechstunde

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

Und noch viele weitere Zusatzleistungen:

Kostenübernahme von Reiseschutzimpfungen

Wir übernehmen die Kosten für zahlreiche Reiseschutzimpfungen in Höhe von 80%.

Gesundheitskurse auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung

Wir bezuschussen die Teilnahme unserer Versicherten an ausgewählten Gesundheitskursen mit bis zu 200,00 Euro 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 Euro für den Basis-Check-up und 130,00 Euro für die erweiterte Untersuchung).

Nachhaltig gesund.

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

Wenden und direkt wechseln!

Mobil
KRANKENKASSE

Vermittler-Antrag Beitrittserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

E-Mail: 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)

Rentenversicherungsnummer

Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir diese Angaben:

Staatsangehörigkeit

Geburtsname

Geburtsland und -ort

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: 0800 255 0800, E-Mail: 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.

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 sende.

Art der Mitgliedschaft

- pflichtversicherter Arbeitnehmer
 freiwillig versicherter Arbeitnehmer
Hinweis: Einkommen über 64.350,00 Euro ab dem 01.01.2022
 Selbstständig Student Rentner/in Sonstige
 Leistungsbezieher ALG I Leistungsbezieher ALG II

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
 Arbeitslosengeld II

- 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)