

# Antrag auf Prüfung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung

Mit diesem Schreiben beantrage ich die Prüfung meiner Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Nachweise über mein monatliches Arbeitsentgelt sowie von Renten, Versorgungsbezügen bzw. Arbeitseinkommen habe ich Ihnen beigelegt.

Gleich ausfüllen und absenden

## 1. Meine persönlichen Angaben

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.

Straße/Hausnummer:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

E-Mail-Adresse (optional):

Telefonnummer (optional):

## 2. Angaben zum Arbeitsentgelt

Erwarten oder erhielten Sie vom 01.01. bis 31.03. des laufenden Jahres eine Einmalzahlung?

ja  nein

## 3. Angaben zur Bankverbindung für eine Erstattung

Name des Geldinstituts:

IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig:

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| D | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

**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 Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge im Rahmen von § 26 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) IV. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

Datum

Unterschrift Kontoinhaber(in)

Unterschrift Antragsteller(in)

## Senden Sie bitte diese Seite 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