

Vermittler-Antrag Beitrittserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

E-Mail: vertriebs-center@bkk-mobil-oil.de

Fax: 0800 255 3002 9840



Ich möchte Mitglied bei der BKK Mobil Oil 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

Art der Mitgliedschaft

pflichtversicherter Arbeitnehmer
 freiwillig versicherter Arbeitnehmer
Hinweis: Einkommen über 64.350,00 Euro ab dem 01.01.2021
 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 (Arbeitsuchender)

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)

Datenschutzhinweis:
Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.bkk-mobil-oil.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 bkk-mobil-oil.de/datenschutz.

Einwilligungserklärung:
 Ich willige ein, dass die Betriebskrankenkasse Mobil Oil 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 Betriebskrankenkasse Mobil Oil widerrufen. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, der Betriebskrankenkasse Mobil Oil 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.