

KÜNDIGUNGSHILFE

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Empfänger _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Krankenversicherungsnummer _____

Geburtsdatum _____

KÜNDIGUNG MEINER MITGLIEDSCHAFT

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Termin bzw. zum __/__/_____.

Bitte senden Sie mir schnellstmöglich die Kündigungsbestätigung.

Vielen Dank.
Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift _____

Ort, Datum _____

Vermittler-Antrag Beitrittserklärung

Ihr Ansprechpartner:
valeria.kiss@ergo.de
017 66 71 94 075

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Vermittler-Nummer: 7203053315

Mobil
BETRIEBSKRANKENKASSE

Ich möchte Mitglied bei der BKK Mobil Oil werden ab:

Tag | Monat | Jahr

Meine persönlichen Angaben

Herr Frau

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 die letzten 18 Monate bei folgender Krankenkasse:

Name / Ort _____

familienversichert pflichtversichert

privat versichert freiwillig versichert

Wenn Sie pflichtversichert oder freiwillig versichert waren, benötigen wir eine Kündigungsbestätigung Ihrer letzten Krankenkasse.

Die Kündigungsbestätigung liegt bei.

Die Kündigungsbestätigung wird nachgereicht.

Mein Wahltarif cashback

Ich wünsche die Teilnahme an dem Wahltarif cashback

Datenschutzhinweis:

Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.bkkmobil-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 www.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.

Art der Mitgliedschaft

- pflichtversicherte/r Arbeitnehmer/in
- freiwillig versicherte/r Arbeitnehmer/in
Hinweis: Einkommen über 60.750,00 Euro ab dem 01.01.2019
- Selbstständig Student Rentner/in Sonstige
- Leistungsbezieher ALG I Leistungsbezieher ALG II

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

Mein Arbeitgeber

Betriebsnummer (falls bekannt) _____

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, 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 **Valeria Kiss**

Vermittler-Nummer **7203053315**

Bestätigung meiner Angaben

Datum Tag | Monat | Jahr

Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten) _____



Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Bitte senden Sie diesen Fragebogen an:
BKK Mobil Oil
20097 Hamburg

Name
Vorname
Versichertennummer

Allgemeine Angaben

Folgende Angaben benötigen wir vollständig, wenn eine Familienversicherung durchgeführt werden soll. Die Familienversicherung betrifft nur Ihre Kinder? Es sind dennoch Auskünfte bzw. Angaben zu den Einkünften Ihres Ehepartners/Lebenspartners (eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)) erforderlich, wenn dieser nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist.

Angaben zum Mitglied	
Ich war bisher	<input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung versichert (Name der Krankenkasse) _____
Anlass für die Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Beginn einer Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Geburt eines Kindes <input type="checkbox"/> Heirat <input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) (In diesem Fall sind Angaben zum Versicherungsverhältnis des Ehegatten zu machen.)
Mein Ehegatte/Lebenspartner ist	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert (Einkommensnachweis erforderlich)
Telefon _____	E-Mail _____

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
*Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht				
Geburtsdatum				
Ggf. abweichende Anschrift				
Beginn der Familienversicherung				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind *Wählen Sie „leibliches Kind“ auch bei Adoption.		<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?		<input type="checkbox"/> nein <i>Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Die bisherige Versicherung endete am				
Name Versicherung				
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich