

# 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



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](mailto: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](http://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) \_\_\_\_\_