

Beitrittserklärung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung als Selbstständiger

BKK Mobil Oil
Vertriebs-Center
20091 Hamburg

oder per Fax an 0800 255 3002-9881

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Ich möchte Mitglied bei der BKK Mobil Oil werden ab:

				2	0	1	2
--	--	--	--	---	---	---	---

Meine persönlichen Angaben

Herr Frau

Versichertennummer _____

Vorname _____

Name _____

Straße Nr. _____

Geburtsdatum _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Land _____

Telefon _____

E-Mail _____

Ich erteile meine Zustimmung zur Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a Einkommensteuergesetz (EStG) an die Finanzverwaltung. *Siehe beiliegendes Informationsblatt.*

Steueridentifikationsnummer _____

Rentenversicherungsnummer _____

Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir diese Angaben

Geburtsland und -ort _____ Geburtsname _____

Staatsangehörigkeit _____

Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen. *Bitte Nachweis beifügen.*

Ich habe bei Krankheit Anspruch auf Sachleistungen nach über- oder zwischenstaatlichem Recht. *Bitte Nachweis beifügen.*

Ich bin selbstständig seit _____

als GmbH – Geschäftsführer(in). Vorstandsmitglied einer Aktiengesellschaft. Freiberufler.

Ich beziehe Überbrückungsgeld. Gründungszuschuss. Einstiegsgeld.

Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei.

Möchten Sie Ihre Mitgliedschaft mit oder ohne Anspruch auf Krankengeld abschließen?

Nähere Informationen erhalten Sie unter
www.bkk-mobil-oil.de/krankenversicherung/beitraege/freiwillige-krankenversicherung.html.

Mitgliedschaft ohne Anspruch auf gesetzliches Krankengeld. *Beitragssatz für Arbeitseinkommen: 14,9 %.*

Mitgliedschaft mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld. *Beitragssatz für alle Einnahmen: 15,5 %.*

Ich möchte Informationen zum gesetzlichen Krankengeld und zum Wahltarif Krankengeld.

Ich bin derzeit arbeitsfähig. Ich bin derzeit nicht arbeitsfähig.

Beitrittserklärung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung als Selbstständiger

Bisherige Versicherung

Ich war in den vergangenen fünf Jahren nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse.

Ich war in den vergangenen fünf Jahren bei folgender Krankenkasse versichert:

Zeitraum _____ Name _____ Ort _____

familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert

Zeitraum _____ Name _____ Ort _____

familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert

Waren Sie pflichtversichert oder freiwillig versichert, benötigen wir eine Kündigungsbestätigung Ihrer Krankenkasse.

liegt bei wird nachgereicht

Ich wähle bei der Vorkasse gesetzliches Krankengeld: ja nein

Ich bin Mutter/Vater mindestens eines

leiblichen Kindes. Stiefkindes. Pflegekindes. Adoptivkindes. Ich bin kinderlos.

Bitte fügen Sie einen geeigneten Nachweis bei, z. B. Geburtsurkunde.

Familienversicherung

Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern. Sie erhalten in den nächsten Tagen einen Vordruck.

Besteht ein Beihilfeanspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?

Nein Ja Bitte Nachweis beilegen.

Angaben zur Beitragszahlung

Einzugsermächtigung

Name der Bank _____ Kontonummer _____

Bankleitzahl _____ Kontoinhaber _____

Anschrift Kontoinhaber _____

Unterschrift Kontoinhaber _____

Wie wurden Sie auf die Betriebskrankenkasse Mobil Oil aufmerksam?

Arbeitgeber Krankenkassenvergleich Radio/Fernsehen Messen Freunde/Bekannte

Anzeigen/Werbung Schnuppermitgliedschaft Mitglieder werben Mitglieder

Ich wurde geworben von

Vorname _____ Name _____

Versichertennummer _____ Name der Bank _____

Kontonummer _____ Bankleitzahl _____

Kontoinhaber _____ Unterschrift Werber _____

Bestätigung meiner Angaben

Datum _____

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter) _____

Hinweis: Mit Beginn Ihrer Mitgliedschaft bei der BKK Mobil Oil genießen Sie automatisch auch den Schutz der Pflegeversicherung. Ihre Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuchs erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Sollte es nicht zu einer Mitgliedschaft kommen, werden die von uns erhobenen Daten unverzüglich gelöscht.

Einkommensanfrage

BKK Mobil Oil
Vertriebs-Center
20091 Hamburg

Name _____
Vorname _____
Versichertennummer _____

Hinweis zum Datenschutz:

Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 206, 240 SGB V und § 50 Abs. 3 SGB XI. Die gesetzlichen Krankenkassen und Pflegekassen sind zur Geheimhaltung der erhobenen Daten verpflichtet. Ihre Angaben werden deshalb streng vertraulich behandelt.

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen.

Angaben zur Person

Familienstand

ledig verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft¹ geschieden getrennt lebend
 verwitwet

Angehörige

Kinder - Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder: _____
 Ehepartnerin/Ehepartner/Lebenspartnerin/Lebenspartner¹ ist gesetzlich krankenversichert

¹ Gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

Tätigkeit/Beschäftigung

Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer Beamtin/Beamter
 Rentnerin/Rentner Rentenantragstellerin/Rentenantragsteller
 Pensionärin/Pensionär Schülerin/Schüler/Studentin/Student
 Hausfrau/Hausmann Sozialhilfeempfängerin/Sozialhilfeempfänger
 nicht erwerbstätig _____
 selbstständig tätig als: _____

Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden: _____

Anzahl der Beschäftigten: _____

Angaben zu den Gesamteinnahmen

Ich werde nicht zur Einkommensteuer veranlagt. Ich werde zur Einkommensteuer veranlagt.

Einnahmeart <i>Bitte Nachweise beifügen.</i>	Bruttobetrag in Euro	Bitte ankreuzen	
		mtl.	jährl.
1. Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit gemäß letztem Einkommensteuerbescheid vom _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Kalenderjahr des oben genannten Steuerbescheids habe Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletzengeld oder Übergangsgeld bezogen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> Seit Beginn meiner selbstständigen Tätigkeit liegt noch kein Einkommensteuerbescheid vor. Mein Gewinn beträgt voraussichtlich _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationen zum Bürgerentlastungsgesetz und zur Steueridentifikationsnummer (STIN)

Guten Tag,

mit diesem Merkblatt informieren wir Sie zu den Aufgaben der Betriebskrankenkasse Mobil Oil bei der Umsetzung des Bürgerentlastungsgesetzes.

Sicherlich haben Sie bereits vom „Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung“ gehört. Das Gesetz sieht vor, dass ab 2010 die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in vollem Umfang steuerlich abzugsfähig sind – und Sie somit unmittelbar Steuern sparen.

Berücksichtigungsfähig sind die vom Mitglied selbst entrichteten Beiträge abzüglich eventueller Beitrags-erstattungen sowie der Beitragsanteile, die auf einen Krankengeldanspruch entfallen.

Wie gelangen Ihre Daten an die Finanzverwaltung?

Nach Ablauf des Beitragsjahres übermittelt die Betriebskrankenkasse Mobil Oil die von Ihnen geleisteten bzw. an Sie erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung unter Angabe Ihrer Steueridentifikationsnummer an die Finanzverwaltung. Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil hat hierfür im Vorfeld Ihre persönliche Steueridentifikationsnummer von Ihnen zu erfragen. Über die gemeldeten Beträge erhalten Sie natürlich eine Mitteilung von uns.

Übermittlung nur mit Ihrer Zustimmung

Selbstverständlich geschieht nichts gegen Ihren ausdrücklichen Willen: Nur wenn Sie der Datenübermittlung zustimmen, werden wir die Beträge an die Finanzverwaltung melden. Mit dem Eintrag Ihrer Steueridentifikationsnummer (STIN), dem Kreuz im Kästchen zur Datenübermittlungszustimmung und Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei der STIN um eine Ihnen gesondert durch Ihr zuständiges Finanzamt mitgeteilte Nummer handelt, die mit Ihrer aktuellen Steuernummer nicht übereinstimmt.

Hilfreiche Antworten auf diverse Fragen rund um das Bürgerentlastungsgesetz finden Sie auf der Homepage des Bundesfinanzministeriums (www.bundesfinanzministerium.de).

Unser Serviceangebot für Sie

Haben Sie Fragen? Wir beraten Sie gern persönlich rund um das Thema. Nehmen Sie einfach Kontakt mit uns auf. In unseren Service-Points sind wir montags bis freitags zwischen 08:00 Uhr und 17:00 Uhr für Sie da.

BKK Mobil Oil
Hühnerposten 2
20097 Hamburg

BKK Mobil Oil
Burggrafstraße 1
29221 Celle

BKK Mobil Oil
Am Lindenbaum 18
63150 Heusenstamm

Oder rufen Sie uns an. Telefonisch erreichen Sie uns täglich rund um die Uhr unter der kostenlosen Service-Hotline 0800 255 0800.

Ihre **Betriebskrankenkasse Mobil Oil**