

Beitrittserklärung für Berufsstarter

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	9
--	--	--	--	---	---	---	---

Meine persönlichen Angaben

Herr Frau

Versichertennummer _____

Vorname _____

Name _____

Straße, Nr. _____

Geburtsdatum _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Land _____

Telefon _____

E-Mail _____

Rentenversicherungsnummer _____ Familienstand _____

Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir diese Angaben:

Geburtsland und -ort _____ Geburtsname _____

Staatsangehörigkeit _____

Mein Arbeitgeber

Betriebsnummer (falls bekannt) _____

Name des Unternehmens _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon _____

Zusätzlich beziehe ich

Rente/Betriebsrente Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit

Haben Sie in den letzten zehn Jahren eine Kapitaleistung oder Kapitalabfindung zur Alters- oder Hinterbliebenensicherung erhalten (z. B. aus einer Direktversicherung)? Nein. Ja. Wenn ja:

Zahlstelle/ auszahlende Stelle	Zeitpunkt der Zahlung	Höhe der Zahlung
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Familienversicherung

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

Beitrittserklärung für Berufsstarter

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse

Name _____ Ort _____

familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Die Mitgliedschaft besteht mindestens 18 Monate

ja nein

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

liegt bei wird nachgereicht. Bitte senden Sie mir eine Kündigungshilfe zu.

Ich wurde geworben von

Vorname _____ Name _____ Versichertennummer _____

Name und Ort des Geldinstituts des Werbers

DE ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
BIC (Business Identifier Code) – elfstellig

Vorname und Name des Kontoinhabers _____

Unterschrift Werber _____

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 und der Beiträge im Rahmen von § 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 186 ff. SGB V, § 229 SGB V, § 20 SGB XI und § 57 SGB XI. Ihre Angaben werden ggf. an das Finanzamt weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz.

Bestätigung meiner Angaben

Datum _____

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter) _____