

## 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	8
--	--	--	--	--	---	---	---	---

### 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

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](http://www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz).

### Bestätigung meiner Angaben

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_