

Beitrittserklärung für Arbeitnehmer

BKK Mobil Oil
Vertriebs-Center
20091 Hamburg

oder per Fax an 0800 255 3002-9881

Ich möchte Mitglied bei der BKK Mobil Oil werden ab

				2	0	1	9
--	--	--	--	---	---	---	---

Meine persönlichen Angaben: Herr Frau

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

Postleitzahl, Ort _____

Land _____

Geburtsdatum _____

E-Mail _____

Familienstand _____

Rentenversicherungsnummer _____

Krankenversicherternummer _____

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

Geburtsland _____

Geburtsort _____

Geburtsname _____

Staatsangehörigkeit _____

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse

Name _____

Ort _____

familienversichert pflichtversichert

freiwillig versichert privat versichert

Die Mitgliedschaft besteht mindestens 18 Monate

ja nein

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.

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

liegt bei wird nachgereicht

Bitte senden Sie mir eine Kündigungshilfe zu.

Mein Arbeitgeber

Betriebsnummer (falls bekannt) _____

Name _____

Straße, Hausnr. _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon _____

pflichtversicherter Arbeitnehmer

freiwillig versicherter Arbeitnehmer

Hinweis: Einkommen über 0,00 Euro jährlich ab 01.01.2019

Zusätzlich beziehe ich

Rente/Betriebsrente

Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II

Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit

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

Haben Sie in den letzten zehn Jahren eine Kapitalleistung oder Kapitalabfindung zur Alters- oder Hinterbliebenenversicherung erhalten (z. B. Direktversicherung)?

Nein. Ja. Wenn ja:

Auszahlende Stelle _____

Zeitpunkt der Zahlung _____

Höhe der Zahlung _____

Bestätigung meiner Angaben

Datum _____

Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigte) _____