

Beitrittserklärung für Rentner bzw. Rentenantragsteller

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
 Vorname _____ Name _____
 Straße, Nr. _____ Geburtsdatum _____
 Postleitzahl _____ Ort _____ Land _____
 Telefon _____ E-Mail _____
 Familienstand _____
 Steueridentifikationsnummer (falls bekannt) _____
 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.*

Angaben zu Einkünften

Bitte geeignete Nachweise beifügen.

- Ich beziehe** Arbeitsentgelt Arbeitseinkommen
Zusätzlich beziehe ich Rente Betriebsrente/Versorgungsbezüge Sonstiges
Beihilfeanspruch Nein Ja

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

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

Ich bin

Bitte reichen Sie einen geeigneten Nachweis ein.

- Freiwillig versicherte(r) Rentner(in) pflichtversicherte versicherte(r) Rentner(in) Rentenantragsteller

Ich war in den vergangenen fünf Jahren bei folgender Krankenkasse

Zeitraum _____ Name _____ Ort _____
 familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert
 Zeitraum _____ Name _____ Ort _____
 familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Waren Sie pflichtversichert oder freiwillig versichert, benötigen wir eine Kündigungsbestätigung Ihrer Krankenkasse. liegt bei wird nachgereicht

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

Beitrittserklärung für Rentner bzw. Rentenantragsteller

Familienversicherung

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

Angaben für die BKK Mobil Oil Pflegeversicherung

Bitte reichen Sie einen geeigneten Nachweis ein.

Ich bin Mutter/Vater eines Kindes/mehrerer Kinder. Ich bin kinderlos.

Angaben zu meinem Ehepartner/meiner Ehepartnerin

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie sich als freiwilliges Mitglied versichern möchten.

Mein(e) Ehepartner(in) ist privat (nicht gesetzlich) krankenversichert.

Ja, ihr/sein monatliches Einkommen beträgt _____ Euro Nein

Wenn ja, wie viele Ihrer gemeinsamen Kinder sind nicht gesetzlich krankenversichert

Angaben zur Beitragszahlung

Ich erteile der Betriebskrankenkasse Mobil Oil die Erlaubnis, die jeweils fälligen Beiträge zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung von folgendem Konto abzubuchen:

Name und Ort des Geldinstituts

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

____ / ____ / ____ / ____
BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig

Vorname und Name des Kontoinhabers

Anschrift des Kontoinhabers

Unterschrift des Kontoinhabers

Einwilligung

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.

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, § 240 SGB V, § 20 SGB XI, § 57 SGB XI und für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 Abs. 1 SGB IV. Ihre Angaben werden ggf. an das Finanzamt und an die Commerzbank AG weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz.

Bestätigung meiner Angaben

Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Informationen zum Bürgerentlastungsgesetz und zur Steueridentifikationsnummer (STIN)

Guten Tag,

mit diesem Merkblatt informieren wir Sie zu den Aufgaben der Betriebskrankenkasse Mobil Oil und deren Pflegekasse 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. Berücksichtigungsfähig sind die vom Mitglied selbst entrichteten Beiträge abzüglich eventueller Beitragserstattungen.

Wie gelangen Ihre Daten an die Finanzverwaltung?

Nach Ablauf des Beitragsjahres übermitteln wir die von Ihnen geleisteten bzw. an Sie erstatteten Beiträge unter Angabe Ihrer Steueridentifikationsnummer an die Finanzverwaltung. 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 und 17:00 Uhr in Celle, Hamburg, Neu-Isenburg und München für Sie da.

Oder rufen Sie uns an. Telefonisch erreichen Sie uns unter der kostenlosen Service-Hotline 0800 255 0800.

Ihre **Betriebskrankenkasse Mobil Oil**