

Beitrittserklärung für Leistungsbezieher nach dem SGB II und III

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 _____

Familienstand _____

Telefon _____ E-Mail _____

Rentenversicherungsnummer _____

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

Geburtsland und -ort _____ Geburtsname _____

Staatsangehörigkeit _____

Angaben zu Einkünften

Ich beziehe

Arbeitslosengeld. Den Leistungsbescheid habe ich beigelegt. reiche ich nach.

Arbeitslosengeld II. Den Leistungsbescheid habe ich beigelegt. reiche ich nach.

Zusätzlich beziehe ich

Rente. Betriebsrente/Versorgungsbezüge. Sonstiges. *Bitte reichen Sie einen Nachweis ein.*

Beihilfeanspruch

Nein. Ja. *Bitte reichen Sie entsprechende Unterlagen ein.*

Haben Sie in den letzten zehn Jahren eine Kapitalleistung 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

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

Familienversicherung

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

Beitrittserklärung für Leistungsbezieher nach dem SGB II und III

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. Erziehungsberechtigter _____)