

Beitrittserklärung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung als Selbstständiger

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 _____

Bürgerentlastungsgesetz

Steueridentifikationsnummer _____

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 Anspruch auf Sachleistungen nach über- oder zwischenstaatlichem Recht. *Bitte Nachweis beifügen.*

Ich bin selbstständig seit _____

als GmbH – Geschäftsführer(in). Vorstandsmitglied einer Aktiengesellschaft. Freiberufler.

Betreiben Sie ein Gewerbe? nein ja *Bitte die Gewerbeanmeldung beifügen.*

Ich beziehe Überbrückungsgeld. Gründungszuschuss. Einstiegsgeld. *Bitte entsprechende Nachweise beifügen.*

Möchten Sie Ihre Mitgliedschaft mit oder ohne Anspruch auf Krankengeld abschließen?

Ich möchte mich **nicht** mit Anspruch auf Krankengeld versichern.

Möglicherweise möchte ich mich mit Anspruch auf Krankengeld versichern. Bitte senden Sie mir Informationen zum gesetzlichen Krankengeld, zum Wahltarif Krankengeld sowie einen Antrag zu.

Ich bin Mutter/Vater mindestens eines

leiblichen Kindes. Stiefkindes. Pflegekindes. Adoptivkindes. Ich bin kinderlos.

Bitte fügen Sie einen geeigneten Nachweis bei, z. B. Geburtsurkunde.

Familienversicherung

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

Beitrittserklärung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung als Selbstständiger

Bisherige Versicherung

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

Ich war in den vergangenen fünf Jahren bei folgender Krankenkasse versichert:

Zeitraum _____ Name _____ Ort _____

familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert

Zeitraum _____ Name _____ Ort _____

familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert

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

liegt bei wird nachgereicht

Ich wähle bei der Vorkasse gesetzliches Krankengeld: ja nein

Besteht ein Beihilfeanspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?

Nein Ja *Bitte Nachweis beilegen.*

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 im Rahmen von § 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 9 SGB V, § 186 ff. SGB V, § 20 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) _____

Einkommensanfrage

Bitte senden Sie Ihre Antwort an:
BKK Mobil Oil
20091 Hamburg

Name _____
Vorname _____
Versichertennummer _____

1. Angaben zur Person

Personenkreiszugehörigkeit _____

z. B. Selbstständiger, Beamter, Rentner, Schüler, Student, Hausfrau, etc.

Familienstand _____

Ich habe ein Kind/Kinder.

Nein Ja

2. Angaben zu einer selbstständigen Tätigkeit (nur sofern Sie eine ausüben)

Selbstständig tätig als: _____

Werden Sie zur Einkommensteuer veranlagt?

Nein *Bitte Nachweis über Nichtveranlagung vom Finanzamt beifügen.*

Ja

Anzahl Ihrer wöchentlichen Arbeitsstunden _____

Beschäftigen Sie regelmäßig mindestens einen mehr als geringfügig entlohnten Arbeitnehmer (oder mehrere geringfügig entlohnte Arbeitnehmer, deren Entgelt zusammengerechnet die Geringfügigkeitsgrenze übersteigt)?

Nein Ja

In dem Kalenderjahr, auf das sich meine nachfolgenden Angaben zum Arbeitseinkommen beziehen, habe ich eine Entgeltersatzleistung bezogen (Krankengeld, Elterngeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, usw.).

Nein Ja

Nur ausfüllen bei Tagespflegepersonen:

Höchstzahl der gemeinsam betreuten Kinder _____

3. Einkommensangaben

Alle Angaben zur Einkunftshöhe müssen nachgewiesen werden. Welche Nachweise erforderlich sind, können Sie der „Übersicht der benötigten Einkommensnachweise“ entnehmen.

Einkunftsart	Info oder Zusatz	Einkünfte in Euro
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit	Jährliche Einnahmen des Veranlagungsjahres gemäß aktuellstem Steuerbescheid Wenn seit Beginn der selbstständigen Tätigkeit noch kein Steuerbescheid vorliegt: Geschätzter, durchschnittlicher monatlicher Gewinn	_____ _____
Gründungszuschuss oder Einstiegs-geld	Monatlicher Betrag	_____

Einkommensanfrage

Einkunftsart	Info oder Zusatz	Einkünfte in Euro
Einnahmen aus einer Beschäftigung (auch Minijob) oder einem Dienstverhältnis	Aktueller monatlicher Bruttobetrag	_____
	Erwarten Sie in den kommenden zwölf Monaten Einmal- oder Sonderzahlungen ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ brutto
	Beziehen Sie geldwerte Vorteile ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ brutto
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	Positive oder negative jährliche Einkünfte gemäß aktuellstem Steuerbescheid	_____
Einnahmen aus Kapitalvermögen	Summe der jährlichen Einkünfte (z. B. Zinsen, Dividenden)	_____
Gesetzliche Rente	Monatlicher Gesamtbetrag von inländischen und/oder ausländischen gesetzlichen Renten (auch Renten der landwirtschaftlichen Alterskasse)	_____
Private Rentenleistung	Monatlicher Gesamtbetrag von privaten Rentenleistungen wie z. B. Renten aus privat finanziertem Anteil einer Direktversicherung oder aus einer Lebensversicherung	_____
Kapitalleistung oder Kapitalabfindung (Einmalzahlung)	Sofern diese innerhalb der vergangenen zehn Jahre gezahlt wurde z. B. aus einer Direktversicherung , aus einer Lebensversicherung oder aus Versorgungsbezügen	_____
Versorgungsbezüge	Monatlicher Gesamtbetrag von z. B. Betriebsrente, Zusatzrente, Pension, Ruhegehalt	_____
	Erwarten Sie in den kommenden zwölf Monaten Einmal- oder Sonderzahlungen ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ brutto
Abfindung	Sofern diese laufend bezogen wird oder als Einmalzahlung innerhalb der vergangenen zwölf Monate gezahlt wurde	_____
Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundversicherung, Sozialgeld oder Sozialhilfe	Monatlicher Betrag	_____
Unterhalt (monatlich)	Eines früheren Ehepartners oder Lebenspartners einer gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes	_____

Einkommensanfrage

4. Weitere Einkommensangaben

Verfügen Sie über sonstige hier nicht genannte Einnahmen?

- Nein
 Ja *Bitte nachfolgend die Art der Einkünfte und den monatlichen Betrag angeben:*

Wenn Sie keine Einnahmen haben oder Ihre durchschnittlichen monatlichen Einnahmen den Betrag von 1.015,00 Euro unterschreiten: Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt (= Verpflegung, Wohnen, Bekleidung, Taschengeld)?

Übernimmt jemand irgendwelche Kosten für Sie? Erhalten Sie Sachbezüge, wie z. B. mietfreies Wohnen oder Verpflegung? Leben Sie von Ersparnissen?

Ich bin verheiratet oder lebe in einer gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.

- Nein
 Ja *Bitte auch die nachfolgende Frage beantworten.*

Mein Ehe- bzw. Lebenspartner ist bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

- Ja
 Nein *Bitte auch die nachfolgenden Fragen beantworten.*

Mein Ehe- bzw. Lebenspartner und ich haben gemeinsame unterhaltsberechtignte Kinder.

- Nein
 Ja, insgesamt _____ gemeinsame unterhaltsberechtignte Kinder.

Einkunftsart/en und durchschnittlicher monatlicher Betrag der gesamten Einkünfte des Ehe- bzw. Lebenspartners.

Auch die Einkünfte des Partners müssen nachgewiesen werden. Es sind dieselben Nachweise erforderlich, die Sie vorlegen müssten, wenn es Ihre eigenen Einnahmen wären.

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 Beiträge im Rahmen von § 240 Sozialgesetzbuch (SGB) V und § 57 SGB XI. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz.

Ich habe diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der Einkünfte unverzüglich der Betriebskrankenkasse Mobil Oil mitzuteilen und dass ich **geeignete Nachweise** vorzulegen habe. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Datum

Telefon/E-Mail

Unterschrift Mitglied oder
Unterschrift Steuerberater *Bitte Vollmacht beifügen.*

Übersicht der benötigten Einkommensnachweise

Einkommensart	Erforderlicher Nachweis
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit und aus Tätigkeit als Geschäftsführer	<ul style="list-style-type: none"> • Letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig)
Nur bei Antrag auf Beitragsreduzierung wegen stark reduziertem Arbeits-einkommen:	<ul style="list-style-type: none"> • Aktueller Vorauszahlungsbescheid zur Einkommensteuer ergänzt um die dem Vorauszahlungsbescheid zugrunde liegenden Unterlagen, die den voraussichtlichen Gewinn ausweisen • bei Geschäftsführern: Aktueller Entgeltnachweis
Gründungszuschuss oder Einstiegsgeld	<ul style="list-style-type: none"> • Aktueller Bescheid der Agentur für Arbeit über die Bewilligung des Gründungszuschusses oder des Einstiegsgelds
Arbeitsentgelt (aus einer Beschäftigung)	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle Entgeltabrechnung
Beamtenbezüge und Pension/Ruhegehalt (aus öffentlich rechtlichem Dienstverhältnis)	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle Bezügemitteilung und • Bezügemitteilung Dezember des vergangenen Jahres
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung	<ul style="list-style-type: none"> • Letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig)
Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Gewinne etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Kapitalerträge, für die die Kapitalertragssteuer gilt: Steuerbescheinigung des vorangegangenen Kalenderjahres • Kapitalerträge, für die die Kapitalertragssteuer nicht gilt: Letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig)
Gesetzliche Rente	<ul style="list-style-type: none"> • Letzter Bescheid über die Rentenhöhe (z. B. Rentenanpassungsmitteilung)
Private Rentenleistung	<ul style="list-style-type: none"> • Letzter Bescheid über die Höhe des regelmäßigen Zahlbetrags
Kapitalleistung oder Kapitalabfindung	<ul style="list-style-type: none"> • Bescheid, dem die Gesamthöhe der Kapitalleistung bzw. Kapitalabfindung zu entnehmen ist
Versorgungsbezüge	<ul style="list-style-type: none"> • Letzter Bescheid über die Höhe des Versorgungsbezugs
Abfindung	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsvertrag und • Aufhebungsvertrag und • letzte Gehaltsabrechnung
Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherung/Sozialgeld/Sozialhilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Vollständiger aktueller Bescheid über die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung/Sozialgeld/Sozialhilfe (inkl. Berechnungsbogen)
(Gesetzlicher) Unterhalt (<i>eines früheren Ehepartners oder Lebenspartners einer gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Geeigneter Nachweis über die aktuelle Höhe des Unterhalts
Sonstige Einnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Geeignete Nachweise über die aktuelle Höhe der Einnahme oder Zuwendung
Wenn Sie von Ersparnissen leben	<ul style="list-style-type: none"> • Geeigneter Nachweis über die Höhe der aktuellen Ersparnisse
Wenn jemand irgendwelche Kosten für Sie übernimmt	<ul style="list-style-type: none"> • Nachweis über die Höhe der Kosten (zahlt z. B. jemand die Miete für Sie, dann eine Kopie des aktuellsten Bescheids über die aktuelle Miethöhe)
Wenn Sie Sachbezüge erhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Die Angabe der Sachbezüge im Fragebogen ist ausreichend • (z. B. mietfreies Wohnen oder kostenlose Verpflegung)
Wenn Ihr Ehegatte oder Lebenspartner nach dem LPartG nicht gesetzlich versichert ist	<ul style="list-style-type: none"> • Je nach Einkunftsart ein in dieser Übersicht benannter Einkommensnachweis des Ehegatten bzw. Lebenspartners

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**