

Mitglied werden bei der Betriebskrankenkasse Mobil Oil

Ganz einfach:

- 1.** Bitte drucken Sie den auf der nächste Seite folgenden Mitgliedschaftsantrag aus.
- 2.** Bitte persönliche Daten eintragen und unterschreiben lassen.
- 3.** Falls die Kündigungsbestätigung der bisherigen Kasse noch nicht vorliegt, bitte Kündigung veranlassen. Ein Musterschreiben finden Sie hier auf der letzten Seite oder unter www.gesetzlichekrankenkassen.de/wechsel mit weiteren Infos.
- 4.** Antrag und Kündigungsbestätigung bitte auf einen der folgenden Wege direkt zu uns schicken:
 - per makleraktiv.de hochladen
 - per Mail an makleraktiv@kassensuche.de senden
 - per Fax kostenlos an 0800-1003038 senden
 - per Post an Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vibeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt senden
- 5.** Die neue Krankenkasse verschickt eine Kundenbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung
- 6.** Fertig. Der Kunde kommt in den Genuss aller Vorteile seiner neuen Krankenkasse.

Vertriebspartner:

E-Mail: rr@smwb.de

SMWB Strategien mit Weitblick GmbH
Papenhuder Straße 30
22087 Hamburg

Hinweise: Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.
Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.
Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Vermittler-Antrag Beitrittserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

E-Mail: vertriebs-center@bkk-mobil-oil.de

Fax: 0800 255 3002 9840

Mobil

BETRIEBSKRANKENKASSE

Ich möchte Mitglied bei der BKK Mobil Oil werden ab:

Tag	Monat	Jahr

Meine persönlichen Angaben

Herr Frau

Vorname

Name

Geburtsdatum

Tag	Monat	Jahr

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon tagsüber

E-Mail

Steueridentifikationsnummer (falls bekannt)

Rentenversicherungsnummer

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

Staatsangehörigkeit

Geburtsname

Geburtsland und -ort

Meine jetzige Kranken- und Pflegeversicherung

Ich war die letzten 18 Monate bei folgender Krankenkasse:

Name / Ort

- familienversichert pflichtversichert
 privat versichert freiwillig versichert

Wenn Sie pflichtversichert oder freiwillig versichert waren, benötigen wir eine Kündigungsbestätigung Ihrer letzten Krankenkasse.

- Die Kündigungsbestätigung liegt bei.
 Die Kündigungsbestätigung wird nachgereicht.

Mein Wahltarif cashback

Ich wünsche die Teilnahme an dem Wahltarif cashback

BIC

IBAN

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, § 240 SGB V, § 20 SGB XI und § 57 SGB XI. Ihre Angaben werden ggf. an das Finanzamt, Ihren Arbeitgeber sowie Ihre Zahlstelle weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz.

Einwilligungserklärung:

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 Arbeitgeberverband) weitergeleitet werden, besteht die Möglichkeit, die Einwilligung im Falle der Weiterleitung bei der jeweiligen Stelle zu widerrufen. Hier besteht keine Meldepflicht.

Art der Mitgliedschaft

- pflichtversicherte/r Arbeitnehmer/in
 freiwillig versicherte/r Arbeitnehmer/in
Hinweis: Einkommen über 59.400,00 Euro ab dem 01.01.2018
 Selbstständig Student Rentner/in Sonstige
 Leistungsbezieher ALG I Leistungsbezieher ALG II

Bitte reichen Sie uns eine Kopie Ihrer Unterlagen ein: letzter Einkommenssteuerbescheid (Selbstständiger), Immatrikulationsbescheinigung (Student), Rentenbescheid (Rentner), ALG-Bescheid (Arbeitsuchender)

Mein Arbeitgeber

Betriebsnummer (falls bekannt)

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Ich bin beihilfeberechtigt.

Zusätzlich beziehe ich

- Rente/Betriebsrente Arbeitslosengeld I
 Arbeitslosengeld II
 Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit
 Sonstiges

in Höhe von Euro monatlich.

Ich möchte am Bonusprogramm fitforcash teilnehmen.

Meine Familie

Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern
Sie erhalten in den nächsten Tagen einen Antrag auf Familienversicherung.

Ehegatte Name

Ehegatte Geburtstag

Kind 1 Name

Kind 1 Geburtstag

Kind 2 Name

Kind 2 Geburtstag

Vermittler

Vermittler-Nummer

Bestätigung meiner Angaben

Datum

Tag	Monat	Jahr

Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)

An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift