



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **BKK Mobil Oil** ist für dich unkompliziert möglich. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@krankenkassennetz.de).

Die **BKK Mobil Oil** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

Achtung: Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Vermittler-Antrag Beitrittserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

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

Fax: 0800 255 3002 9840



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 Rentenversicherungsträger) gemeldet werden, sind wir verpflichtet Erstattungen in jedem Fall zu melden. Hier besteht keine Möglichkeit des Widerspruchs.

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)

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK Mobil Oil
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

