Bitte senden Sie den Antrag per E-Mail/Fax an den Kundenservice der aurea Capital GmbH

E-Mail: info@aurea-capital.de

Fax: 03601-88 65 115

Mobil BETRIEBSKRANKENKASSE

Vermittler-Antrag Beitrittserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

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

Diese finden Sie auf Ihrer Gehaltsabrechnung oder Ihrem jährlichen Rentenbescheid.
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

◯ Ich war bisher familienversichert.

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

◯ Die Kündigungsbestätigung liegt bei.

◯ Die Kündigungsbestätigung wird nachgereicht.

Mein Wahltarif cash*back*

◯ Ich wünsche die Teilnahme an dem Wahltarif cash*back*

BIC (Ersatz für Bankleitzahl und Institut)

IBAN (Ersatz für Kontonummer)

Art der Mitgliedschaft

◯ pflichtversicherte/r Arbeitnehmer/in

◯ freiwillig versicherte/r Arbeitnehmer/in
Hinweis: Einkommen ab 53.550,00 Euro ab dem 01.01.2014

◯ Selbstständig ◯ Student ◯ Rentner/in

◯ Leistungsbezieher ALG I oder II ◯ Sonstige

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

Mein Arbeitgeber

Betriebsnummer (falls bekannt)

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

◯ Ich bin beihilfeberechtigt.

Zusätzlich beziehe ich

◯ Rente/Betriebsrente ◯ Arbeitslosengeld

◯ Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit

◯ Sonstiges

in Höhe von Euro monatlich.

● Ich möchte am Bonusprogramm fit*for*cash 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: aurea Capital GmbH UV80007AN

Vermittler-Nummer: 1885

Bestätigung meiner Angaben

Datum Tag | Monat | Jahr

Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)

Hinweis

Mit Beginn Ihrer Mitgliedschaft bei der BKK Mobil Oil genießen Sie automatisch auch den Schutz der Pflegeversicherung. Ihre Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuchs erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Sollte es nicht zu einer Mitgliedschaft kommen, werden die von uns erhobenen Daten unverzüglich gelöscht. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis zur Datenübermittlung nach dem Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen durch die gesetzliche Krankenversicherung. Gleichzeitig erteilen Sie Ihre Zustimmung für die Abfrage Ihrer Steueridentifikationsnummer bei der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA).