



Markus Kammler
Versicherungsservice GmbH

Goldene Ringgasse 3
91541 Rothenburg

Tel.: +49(0)9861 - 72 00
Fax: +49(0)9861 - 74 00
WhatsApp: +49(0)9861 - 72 00
www.Kammler-Versicherungen.de
Info@Kammler-Versicherungen.de

Wie werden Sie Mitglied?

Es ist ganz einfach!

Schritt 1 von 2:

Antrag (Folgeseiten) ausfüllen, unterschreiben und an senden.

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht erforderlich! Nach dem Eingang Ihrer Mitgliedschaftserklärung übernehmen wir alle weiteren Formalitäten.

Bitte beachten: Beim Kassenwechsel ist die genaue Angabe Ihrer bisherigen Kasse unbedingt notwendig, sonst kann der Antrag nicht erfolgreich bearbeitet werden und Ihre Mitgliedschaft kommt nicht zustande!

Bitte senden Sie Ihren Antrag ausschließlich an uns:

- Direkt auf unserer Homepage hochladen
- Per Mail an: info@kammler-versicherungen.de
- Per Fax an: 09861 – 74 00
- Per WhatsApp: 09861 – 72 00
- Per Post an: Markus Kammler Versicherungsservice GmbH,
Goldene Ringgasse 3, 91541 Rothenburg

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren!

Als Arbeitnehmer müssen Sie unbedingt innerhalb von zwei Wochen Ihren Arbeitgeber über den Kassenwechsel informieren.

Auch hier unterstützen wir Sie! Nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrages senden wir Ihnen eine Wechselmitteilung an Ihren Arbeitgeber. Diese können Sie einfach bei der Personalabteilung abgeben. Achtung: Die Bescheinigung erhalten Sie nur, wenn Sie den Antrag (wie oben beschrieben) an uns gesendet haben!

Schon geschafft!

Sie erhalten, in der Regel, nach wenigen Tagen Post von Ihrer gewählten Krankenkasse!

Unsere Servicezeiten:
Montag – Freitag 09:00 – 12:00 Uhr
Mittwoch 15:00 – 18:00 Uhr
oder nach Vereinbarung!

Bankverbindung:
IBAN: DE40765600600001224506
BIC: GENODEF1ANS
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE53ZZZ00001772930

Geschäftsführer: Markus Kammler
Finanzamt Ansbach
Steuernr.: 203/118/31489
Registernr.: D-AX0Y-000AV-25
Amtsgericht Ansbach, HRB 2185

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

- Arbeitgeberwechsel Wechsel nach Ablauf der Bindungsfrist
 Erhöhung des Zusatzbeitrags

Meine persönlichen Angaben

Herr Frau divers

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 zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert:

Name

Kennung Träger*

Zeitraum von bis

- familienversichert pflichtversichert
 privat versichert freiwillig versichert

Ausland (Land)

*Nr.7 auf der Rückseite Ihrer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte

Mein Wahltarif cashback

- Ich wünsche die Teilnahme an dem Wahltarif cashback

Art der Mitgliedschaft

- pflichtversicherter Arbeitnehmer
 freiwillig versicherter Arbeitnehmer
Hinweis: Einkommen über 64.350,00 Euro ab dem 01.01.2021
 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

Beschäftigt seit/ab

Betriebsnummer
(falls bekannt)

Name

Straße, Nr.

Postleitzahl, 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)

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 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.