

Beitrittserklärung

(Bitte in Blockschrift ausfüllen und entsprechende Felder ankreuzen)



Ich werde zum

Mitglied bei der BKK EWE.

(Bitte gewünschtes
Eintrittsdatum eintragen)

Name	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich
Vorname		<input type="checkbox"/> weiblich
Straße	Haus-Nr.	Rentenversicherungs-Nr.
PLZ	Ort	Geburtsname/Geburtsort (Bitte angeben, wenn keine Rentenversicherungsnummer vorliegt)
Telefon, privat	Telefon, dienstlich	E-Mail

Familienstand:

ledig verheiratet verwitwet getrennt lebend

geschieden seit

Mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist selbst versichert bei:

Mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist nicht selbst versichert

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Sollen Angehörige mitversichert werden? Ja Nein

Wenn ja – Familienfragebogen liegt ausgefüllt bei bitte zuschicken

Befinden Sie oder eines Ihrer mitversicherten Kinder sich z.Zt. in kieferorthopädischer Behandlung?

Nein Ja Name/n

Ich bin:

Arbeitnehmer/in Auszubildene/r Student/in Sonstige (z.B. Hausfrau, Schüler, etc.)

Leistungsbezieher von ALG I und/oder ALG II
(Bitte Kopie des Bescheides beilegen!)

selbstständig/freiberuflich
(Die entsprechenden Unterlagen gehen Ihnen unverzüglich zu)

Rentner/in
(Die entsprechenden Unterlagen gehen Ihnen unverzüglich zu)

Ich beziehe Versorgungsbezüge, Pension, Betriebsrente
(Bitte aktuellen Bescheid beilegen)

Angaben zum Arbeitgeber:

Firmenname

Firmenschrift

Ich erhalte Elterngeld bis
(Bitte aktuellen Bescheid beilegen)

Ich befinde mich in Elternzeit bis

Angaben zur bisherigen Krankenversicherung (der letzten 18 Monate):

Name der Krankenkasse von: bis: selbst versichert familienversichert nicht gesetzlich versichert

Name der Krankenkasse von: bis: selbst versichert familienversichert nicht gesetzlich versichert

Ich habe bei meiner jetzigen Krankenversicherung am: zum: schriftlich gekündigt.

Die Kündigungsbestätigung füge ich bei reiche ich nach

Bankverbindung für Erstattungen:

Kontoinhaber

Name der Bank

Kto.-Nr.

Bankleitzahl

Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)

Hiermit willige ich ein, dass die zur Ermittlung der steuerlichen abzugsfähigen Beiträge zur Kranken- und sozialen Pflegeversicherung bestimmten personenbezogenen Daten (Name, Versicherungsdaten, Steuer-ID, geleistete und erstattete Beiträge) den Finanzverwaltungen übermittelt werden. Sofern die Steuer-ID nachstehend nicht eingetragen oder nicht zutreffend ist, umfasst diese Einwilligung ebenfalls die Einwilligung zur Abfrage der Steuer-ID auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Steuern.

Steuer-ID (Bitte ausfüllen soweit bekannt)

Hiermit willige ich nicht ein, dass eine Datenübermittlung an die Finanzverwaltung erfolgt. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Beiträge zur Kranken- und sozialen Pflegeversicherung mindern bzw. entfallen kann, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, die Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Datum

Ort

Unterschrift

Datenschutzhinweis: (§67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch - SGB X -) Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Arbeitgeber Kollegen Intranet Mitgliederzeitschrift Informationsveranstaltung der BKK EWE

Mitarbeiter der BKK EWE Internet Sprechtag Firmenzeitschrift _____

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgabe der Krankenkasse erforderlich.

Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.