

# Beitrittserklärung



(Bitte in Blockschrift ausfüllen oder entsprechende Felder ankreuzen)

(Bitte gewünschtes  
Eintrittsdatum eintragen)

Ich möchte zum

Mitglied der BKK EWE werden.

Name		Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> männlich
Vorname		Rentenversicherungs-Nr.		<input type="checkbox"/> weiblich
Straße		Haus-Nr.		Geburtsort
PLZ	Ort		Geburtsname	
Telefon, privat		Telefon, dienstlich		E-Mail

## Familienstand:

ledig  verheiratet  verwitwet  getrennt lebend

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

geschieden seit

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

Sollen Angehörige mitversichert werden?  Nein  Ja, (wenn ja, welche? Ein entsprechender Fragebogen geht Ihnen unverzüglich zu)

Welche Kinder befinden sich z.Zt. in kieferorthopädischer Behandlung?

Name	Name	Name

## Ich bin:

Arbeitnehmer/in  Auzubildende/r  Student

Sonstige (z.B. Hausfrau, Schüler, etc.)

Leistungsbezieher beim Arbeitsamt  
(Bitte Bewilligungsbescheid beifügen/bitte weitere Angaben zum Arbeitsamt ergänzen)

selbstständig/freiberuflich  
(Letzten Steuerbescheid und Gewerbeanmeldung beifügen)

Rentner/in (Kopie des Rentenbescheids beifügen)

## Bankverbindung für Erstattungen:

Kontoinhaber	
Name der Bank	
Kto.-Nr.	Bankleitzahl

## Angaben zum Arbeitgeber:

Firmenname		Telefon-Nr. der Personalabteilung	
Straße		PLZ	Ort

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt od. verheiratet

Ich befinde mich in der Elternzeit bzw. erhalte Erziehungsgeld

Ich übe eine weitere Beschäftigung aus

Ich bin Gesellschafter eines Unternehmens

Ich bin beihilfeberechtigt nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (bitte Bescheid beifügen)

Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus

Ich bin Geschäftsführer eines Unternehmens

Ich bin von der Rentenversicherung befreit (bitte Bescheid beifügen)

Ich übe nebenher ein Studium/Praktikum aus

Ich beziehe Versorgungsbezüge, Pension, Betriebsrente  
(Bitte die aktuellen Bescheide beifügen)

## Angaben zum Arbeitsamt (für Leistungsbezieher):

Straße		Haus-Nr.	PLZ	Ort
Kunden-Nr. beim Arbeitsamt				

## Angaben zur bisherigen Krankenversicherung (der letzten 18 Monate):

Bisherige Krankenkasse		Telefon-Nr.		
Straße		Haus-Nr.	Beginn der Versicherungszeit	Ende der Versicherungszeit
PLZ	Ort	<b>Bitte unbedingt Kündigungsbestätigung Ihrer ehemaligen Krankenkasse beifügen.</b>		
<b>Ich war bisher:</b> <input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert				

Datum	Ort
Unterschrift	

Ich habe Interesse an der Unterstützung bei folgenden chronischen Krankheiten:

**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  
 Mitarbeiter BKK EWE  Internet  Sprechtag  Firmenzeitschrift  \_\_\_\_\_