

BKK EWE  
 Staulinie 16-17  
 26122 Oldenburg

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert.

<b>Beitritt zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung</b>		zum _____	
<b>Angaben zur Person</b>			
Name, Vorname			
		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Versichertennummer	Geburtsdatum	Familienstand	
Anschrift			
Ich bin Mutter/Vater mindestens eines (Bitte fügen Sie einen geeigneten Nachweis wie z.B. eine Geburtsurkunde bei, soweit noch nicht geschehen)			
<input type="checkbox"/> leiblichen Kindes. <input type="checkbox"/> Stiefkindes. <input type="checkbox"/> Pflegekindes. <input type="checkbox"/> Adoptivkindes. <input type="checkbox"/> Ich bin kinderlos.			
<b>Versicherungszeiten in den letzten 5 Jahren</b>			
Falls Sie vorher Mitglied einer anderen gesetzlichen Krankenkasse als der BKK EWE waren, fügen Sie bitte eine <b>Kündigungsbestätigung</b> und eine <b>Bescheinigung über die Versicherungszeiten</b> bei.			
von	bis	bei der Krankenkasse	Versicherungsart
<input type="checkbox"/> Ich war in den letzten 5 Jahren kein Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse.			
<b>Angaben zum Status / Ich bin:</b>			
<input type="checkbox"/>	Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/>	Kind (bis 16 Jahre)
<input type="checkbox"/>	freigestellt nach dem Pflegezeitgesetz bis zum _____	<input type="checkbox"/>	Berufs(fach)- bzw. Meisterschüler(in) (Bitte fügen Sie eine Schulbescheinigung bei)
<input type="checkbox"/>	Beamter(in)	<input type="checkbox"/>	Student(in)
<input type="checkbox"/>	Pensionär(in)	<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____

<b>Einkommensverhältnisse – Einkommensnachweise bitte beifügen</b>		
<b>Einkommensart</b>	monatlich in €	jährlich in €
<b>Arbeitseinkommen</b> (Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, <b>ohne</b> Zuschüsse der Agentur für Arbeit) (Bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen)		
<b>Arbeitsentgelt</b> (Einnahmen aus einer Beschäftigung) (Bitte Kopie der Jahresverdienstbescheinigung beifügen)		
<b>Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen</b> (Bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen)		
<b>Gesetzliche Renten</b> (Bitte Kopie des aktuellen Rentenbescheides beifügen)		
<b>Rentenähnliche Einnahmen</b> (Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, Pensionen, Direktversicherung) (Bitte Kopie der letzten Mitteilung der Pensionskasse beifügen)		
<b>Einmalzahlungen/Abfindungen/Sonstige Einnahmen</b> (Bitte Kopie entsprechender Nachweise beifügen)		
<b>Unterhalt</b> (Bitte Kopie entsprechender Nachweise beifügen)		
Beihilfeanspruch: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Unterlagen beifügen)		
Entsprechende Nachweise <input type="checkbox"/> habe ich beigelegt bzw. <input type="checkbox"/> reiche ich nach.		
Ich habe keine eigenen Einnahmen		
<input type="checkbox"/>	Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch _____ in Höhe von monatlich _____ €.	
<input type="checkbox"/>	Ich lebe von Ersparnissen und verbrauche zum Lebensunterhalt monatlich _____ €.	
<b>Angaben zu meinem/r Ehepartner/in</b>		
Mein/e Ehepartner/in ist privat oder nicht gesetzlich krankenversichert.		
<input type="checkbox"/>	Ja, Ihre monatliches Einkommen beträgt _____ € (Bitte entsprechende Einkommensnachweise beifügen.)	<input type="checkbox"/> Nein.
<input type="checkbox"/>	Wenn ja, teilen Sie uns bitte die Anzahl Ihrer gemeinsamen Kinder mit, die <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>nicht</b> in der kostenfreien Familienversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung versichert werden können _____</li> <li>• in der kostenfreien Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind _____</li> </ul>	
<b>Ich wünsche die Abbuchung der Beiträge zur freiwilligen Versicherung von folgendem Konto:</b>		
Konto-Nr.	Bankleitzahl	Geldinstitut
Name des Kontoinhabers		Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht identisch mit dem Versicherten)
Mir ist bekannt, dass die freiwillige Mitgliedschaft direkt an die letzte Versicherung anschließt und diese Erklärung innerhalb von drei Monaten nach der letzten Mitgliedschaft (bzw. Familienversicherung) bei der BKK EWE bzw. einer anderen gesetzlichen Krankenkasse eingegangen sein muss. Des Weiteren verpflichte ich mich, der BKK EWE jede Änderung meiner Einnahmen unverzüglich mitzuteilen.		
Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)		Telefon

**Hinweis**

Die Erhebung der Daten ist nach §§ 9, 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Die Angaben zur Telefonnummer sind freiwillig. Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz