

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.

Beitritt zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung als Selbstständige/r		zum _____	
Möchten Sie Ihre Mitgliedschaft mit oder ohne Anspruch auf KG abschließen?			
<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft ohne Anspruch auf Krankengeld (Beitragssatz aus Arbeitseinkommen: 14,9 %)			
<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld (Beitragssatz aus Arbeitseinkommen: 15,5 %)			
Angaben zur Person			
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.			
Versicherungszeiten in den letzten 5 Jahren			
Falls Sie vorher Mitglied einer anderen gesetzlichen Krankenkasse als der BKK EWE waren, fügen Sie bitte eine Kündigungsbestätigung und eine Bescheinigung über die Versicherungszeiten bei.			
von	bis	bei der Krankenkasse	Versicherungsart
<input type="checkbox"/> Ich war in den letzten 5 Jahren kein Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse.			
Ich habe gesetzliches Krankengeld bei der Vorkasse gewählt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Angaben zur selbstständigen Tätigkeit			
<input type="checkbox"/> Ich bin selbstständig tätig seit dem _____		<input type="checkbox"/>	GmbH-Geschäftsführer/in
<input type="checkbox"/> Ich beziehe einen Existenzgründerzuschuss, einen Gründungszuschuss oder Einstiegs geld (Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise bei)		<input type="checkbox"/>	Vorstandsmitglied einer Aktiengesellschaft
		<input type="checkbox"/>	Gewerbetreibender (Bitte fügen Sie eine Kopie der Gewerbeanmeldung bei)
		<input type="checkbox"/>	Freiberufler
Wie viele Stunden wenden Sie wöchentlich für die o.g. Tätigkeit auf? _____ Std.			

Einkommensverhältnisse – Einkommensnachweise bitte beifügen		
(Sollten Sie Ihre Einnahmen noch nicht kennen, bitten wir Sie um eine gewissenhafte Schätzung)		
Einkommensart	monatlich in €	jährlich in €
Arbeitseinkommen (Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, ohne Zuschüsse der Agentur für Arbeit) (Bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen)		
Zuschüsse der Agentur für Arbeit (Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen)		
Arbeitsentgelt (Einnahmen aus einer Beschäftigung) (Bitte Kopie der Jahresverdienstbescheinigung beifügen)		
Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen (Bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen)		
Gesetzliche Renten (Bitte Kopie des aktuellen Rentenbescheides beifügen)		
Rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, Pensionen, Direktversicherung) (Bitte Kopie der letzten Mitteilung der Pensionskasse beifügen)		
Einmalzahlungen/Abfindungen (Bitte Kopie entsprechender Nachweise beifügen)		
Beihilfeanspruch: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Unterlagen beifügen)		
<input type="checkbox"/>	Mein Einkommensteuerbescheid liegt bisher nicht vor und wird nachgereicht	
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 _____ €.	
Angaben zum/zur Ehepartner/in		
Mein/e Ehepartner/in ist privat oder nicht gesetzlich krankenversichert.		
<input type="checkbox"/>	Ja, ihr/sein 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"> • nicht in der kostenfreien Familienversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung versichert werden können _____ • in der kostenfreien Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind _____ 	
Ich wünsche die Abbuchung der Beiträge zur freiwilligen Versicherung von folgendem Konto:		
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