

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

BKK EWE  
 Staulinie 16-17  
 26122 Oldenburg

<b>Beitritt zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung</b>		zum _____	
<b>Angaben zur Person</b>			
Name, Vorname			
Versichertennummer	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Anschrift			
Ich bin Mutter/Vater mindestens eines <small>(Bitte fügen Sie einen geeigneten Nachweis wie z.B. eine Geburtsurkunde bei, soweit noch nicht geschehen)</small>			
<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) <small>(Bitte fügen Sie eine Schulbescheinigung bei)</small>
<input type="checkbox"/>	Beamter(in)	<input type="checkbox"/>	Student(in)
<input type="checkbox"/>	Pensionär(in)	<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____

Einkommensverhältnisse – Einkommensnachweise bitte beifügen		
Einkommensart	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 Ehepartner</b>		
mein Ehepartner 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>Sofern Sie die Abbuchung der Beiträge zur freiwilligen Versicherung wünschen, senden Sie uns bitte die anliegende Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat) ausgefüllt und unterschrieben zurück.</b>		
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

**BKK EWE**  
**Staulinie 16 – 17**  
**26122 Oldenburg**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39ZZZ00000456137

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die BKK EWE, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK EWE auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen bei abweichendem Kontoinhaber:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers