

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 Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten | | zum _____ | |
| 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. | | | |
| Angaben zu Ihrem Studium | | | |
| Ich bin <input type="checkbox"/> Studienbewerber(in) an einer staatlichen bzw. staatlich anerkannten Hochschule. (Bitte reichen Sie uns die Studienbescheinigung ein, sobald Ihnen diese vorliegt.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Eingeschriebene(r) Student(in) an einer staatlichen bzw. staatlich anerkannten Hochschule. (Bitte reichen Sie uns die aktuelle Studienbescheinigung ein.) | | | |
| Beginn des Studiums | | voraussichtl. Ende des Studiums | |
| Anzahl der Fachsemester | | | |
| Name und Anschrift der Hochschule | | | |
| Angaben zu einer ggf. bestehenden Beschäftigung | | | |
| <input type="checkbox"/> | Ich bin während des Studiums hauptberuflich selbstständig tätig. | | |
| <input type="checkbox"/> | Ich bin während des Studiums als Arbeitnehmer tätig. | | |
| Wöchentliche Arbeitszeit | Monatliches Bruttoarbeitsentgelt | Name und Anschrift des Arbeitgebers | |
| Std. | € | | |

| Weitere Angaben zu einer ggf. bestehenden Beschäftigung | | |
|--|-----------------------------|--|
| Wird die Beschäftigung im Wesentlichen außerhalb der Vorlesungszeiten – am Wochenende oder in den Abend- und Nachtstunden – ausgeübt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beträgt die Arbeitszeit ausschließlich in den Semesterferien mehr als 20 Stunden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist die Beschäftigung auf längstens 2 Monate befristet? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist die Beschäftigung ausschließlich auf die Semesterferien befristet? (Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Arbeitsvertrages bei) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden in den letzten 12 Monaten (vom oben genannten Datum gerechnet) Beschäftigungen mit mehr als 20 Stunden in der Woche? (Wenn ja, bitte unten eintragen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Name und Anschrift des Arbeitgebers | | Beschäftigungszeitraum |
| Name und Anschrift des Arbeitgebers | | Beschäftigungszeitraum |
| Angaben zur bisherigen Kranken- und Pflegeversicherung | | |
| Ich war bisher krankenversichert bei (Name und Anschrift der Krankenkasse bzw. –versicherung) | | |
| Ich war in den letzten 18 Monaten: | | |
| <input type="checkbox"/> Mitglied einer anderen gesetzlichen Krankenkasse. (Bitte senden Sie uns die Kündigungsbestätigung Ihrer derzeitigen Krankenkasse zu. Ohne die Kündigungsbestätigung der vorherigen Krankenkasse darf eine Versicherung bei der BKK EWE nicht durchgeführt werden.) | | |
| <input type="checkbox"/> durchgehend bei einem Angehörigen familienversichert. | | |
| <input type="checkbox"/> kein Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse. | | |
| Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| (Wenn ja, bitte Kopie des Befreiungsbescheides beifügen.) | | |
| Angaben zum Bezug einer Rente | | |
| <input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Rente bzw. Versorgungsbezüge. (Bitte reichen Sie uns den Bescheid ein.) | | |
| Ich wünsche die Abbuchung der Beiträge von folgendem Konto: | | |
| Konto-Nr. Bankleitzahl Geldinstitut | | |
| Name des Kontoinhabers | | Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht identisch mit dem Versicherten) |
| Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter) | | Telefon |

Hinweis

Die Erhebung der Daten ist nach §§ 5, 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