

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

| | | | |
|---|--|--|--|
| Beitritt zur Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten | | zum _____ | |
| Angaben zur Person | | | |
| 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 | | (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 | |
| Std. | | € | |
| Name und Anschrift des Arbeitgebers | | | |

| 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.) | | |
| Sofern Sie die Abbuchung der Beiträge zur studentischen Versicherung wünschen, senden Sie uns bitte die anliegende Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat) ausgefüllt und unterschrieben zurück. | | |
| 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

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