

Ja, ich möchte zum [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] zur HEK, die Business-K(l)asse, wechseln und sichere mir ein umfassendes Leistungsangebot.

Angaben zur Person <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Nur vom Vertriebspartner auszufüllen	
Titel, Name _____		_____	
Vorname _____ Adresszusatz (z.B. bei Schmidt) _____		Stempel oder Name, PLZ, Ort _____	
Straße, Hausnummer _____		_____	
PLZ _____ Ort _____		_____	
Geburtsdatum _____ Telefonnummer privat ¹ _____		_____	
Telefonnummer dienstlich ¹ _____ Handynummer ¹ _____		_____	
E-Mail-Adresse ¹ _____		_____	
Rentenversicherungsnummer _____ Krankenversicherthenummer _____		_____	
Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:			
Geburtsname _____		_____	
Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____		Bisherige Krankenversicherung Ich war die letzten 18 Monate bei folgender Krankenkasse Name _____ Ort _____ <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> im Ausland versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.	
Mitgliedschaft als <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Student (Bitte Immatrikulation beifügen und rückseitige Einzugsermächtigung ergänzen) <input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> freiberuflicher Künstler/Publizist Bezieher von (Bitte Leistungsbescheid beifügen): <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> Rente, Waisenrente und/oder Versorgungsbezügen <input type="checkbox"/> Ich übe noch weitere Beschäftigungen aus. <input type="checkbox"/> Ich bin außerdem Beamter bzw. selbständig tätig.		Mein monatliches Entgelt beträgt: <input type="checkbox"/> bis 450 Euro <input type="checkbox"/> bis 4.350 Euro <input type="checkbox"/> mehr als 4.350 Euro Erhalten Sie Einmalzahlungen (z.B. Weihnachts- oder Urlaubsgeld)? Dann zählen Sie bitte zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen ein Zwölftel der Einmalzahlungen hinzu. Bitte ausfüllen, wenn Sie die Mitgliedschaft als Arbeitnehmer, Auszubildender oder Praktikant wählen: Name Arbeitgeber _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____ Telefonnummer des Arbeitgebers (Bitte unbedingt angeben) _____ Faxnummer des Arbeitgebers _____ Beschäftigt als _____ Beginn der Beschäftigung _____	
Freiwillige Angaben¹ <input type="checkbox"/> Ich beantrage den Zugang zum Online-Kundenzentrum „HEK24“. <input type="checkbox"/> Ich melde mich für den HEK-Newsletter an. <input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die HEK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert bzw. berät. Hinweis: Diese freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden. Bitte informieren Sie mich umgehend über: <input type="checkbox"/> Präventionsprogramme ² <input type="checkbox"/> Befreiung von Zuzahlungen ² <input type="checkbox"/> Zusatzversicherungsangebote ² <input type="checkbox"/> Chronikerprogramme ² <input type="checkbox"/> Wahltarife ²			

Die Angaben sind zwingend erforderlich, damit wir den Mitgliedschaftsantrag bearbeiten können (Rechtsgrundlage: § 53, § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, § 94 SGB XI).

Freiwillige Angaben¹

Ich beantrage den Zugang zum Online-Kundenzentrum „HEK24“.

Ich melde mich für den HEK-Newsletter an.

Ich bin damit einverstanden, dass die HEK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert bzw. berät.

Hinweis: Diese freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.

Bitte informieren Sie mich umgehend über: Präventionsprogramme² Befreiung von Zuzahlungen² Zusatzversicherungsangebote² Chronikerprogramme² Wahltarife²

¹ Die Angaben sind freiwillig und haben auf die Bearbeitung des Mitgliedschaftsantrages keinen Einfluss. Mit den Angaben der Telefonnummer und/oder der E-Mail-Adresse ermöglichen Sie es uns, bei eventuellen Fragen zu Ihrem Mitgliedschaftsantrag schnell und unbürokratisch Kontakt mit Ihnen aufzunehmen, sofern Sie sich damit ausdrücklich einverstanden erklären.

² Die Angaben werden nur für die Versendung von Informationsmaterial an Sie genutzt und anschließend gelöscht.

Datum, Unterschrift _____

HEK | DIE BUSINESS-K(L)ASSE

Antrag auf Familienversicherung

Wir benötigen die Angaben Ihres Ehepartners auch dann, wenn die Familienversicherung ausschließlich für Ihre Kinder beantragt wird. Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus, damit wir Ihnen die Versichertenkarte/-n rechtzeitig zusenden können. Die Daten werden aufgrund der §§ 10, 284, 289 SGB V erhoben und zur Durchführung der Familienversicherung benötigt.

Ich beantrage die kostenlose Familienversicherung für folgende Angehörige und erkläre, dass sie bei keiner anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner unten genannten Familienangehörigen ändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ehepartner

weiblich männlich
 verheiratet geschieden

Name Vorname

Geburtsdatum

Monatliches Einkommen

Derzeitige Kasse

versichert bis selbstversichert
 familienversichert

Rentenversicherungsnummer Krankenversicherungsnummer

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Kind

weiblich männlich

Name Vorname

Geburtsdatum

Monatliches Einkommen

Derzeitige Kasse

versichert bis selbstversichert
 familienversichert

Rentenversicherungsnummer Krankenversicherungsnummer

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Kind

weiblich männlich

Name Vorname

Geburtsdatum

Monatliches Einkommen

Derzeitige Kasse

versichert bis selbstversichert
 familienversichert

Rentenversicherungsnummer Krankenversicherungsnummer

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Kind

weiblich männlich

Name Vorname

Geburtsdatum

Monatliches Einkommen

Derzeitige Kasse

versichert bis selbstversichert
 familienversichert

Rentenversicherungsnummer Krankenversicherungsnummer

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Bankeinzugermächtigung für Studenten und freiwillig Versicherte (freiwillige Angabe)

Geldinstitut

BLZ

Kontonummer

Kontoinhaber

Anmerkung:

Hiermit ermächtige ich die HEK widerruflich, die fälligen Beiträge zu Lasten des nebenstehenden Kontos einzuziehen. Bei Selbstständigen: Die Einzugsermächtigung gilt auch für die Prämie zu einem Wahltarif mit Anspruch auf Krankengeld.

Bitte ziehen Sie die Beiträge wie folgt ein:

- Jeweils zum Monatswechsel
- Rechtzeitig zum Fälligkeitstermin (zum 15. des Folgemonats)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

