HEK

HANSEATISCHE KRANKENKASSE

UNTERNEHMENSQUALITÄT GESETZLICHER KRANKENVERSICHERER A++ EXZELLENT ASSEKURATA HEK Hanseatische Krankenkasse 07/2012

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

Angaben zur Person

☐ weiblich ☐ männlich

Titel, Name

Vorname — Adresszusatz (z.B. bei Schmidt)

Straße, Hausnummer

PLZ — Ort

Geburtsdatum — Telefonnummer privat[1]

Telefonnummer dienstlich[1] — Handynummer[1]

E-Mail-Adresse[1]

Rentenversicherungsnummer — Krankenversichertennummer

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname

Geburtsort — Staatsangehörigkeit

Nur vom Vertriebspartner auszufüllen

Stempel oder Name, PLZ, Ort

Bisherige Krankenversicherung

Ich war die letzten 18 Monate bei folgender Krankenkasse

Name

Ort

☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert
☐ privat versichert ☐ im Ausland versichert ☐ nicht versichert

☐ Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.

Familienversicherung

☐ Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen. Der rückseitige Antrag auf Familienversicherung wurde ausgefüllt.

Mitgliedschaft als

☐ Arbeitnehmer
☐ Auszubildender
☐ Praktikant
☐ Schüler
☐ Student **(Bitte Immatrikulation beifügen und rückseitige Einzugsermächtigung ergänzen)**
☐ Selbständiger/Freiberufler
☐ freiwillig Versicherter
☐ freiberuflicher Künstler/Publizist

Bezieher von **(Bitte Leistungsbescheid beifügen):**

☐ Arbeitslosengeld I
☐ Arbeitslosengeld II
☐ Rente, Waisenrente und/oder Versorgungsbezügen

☐ Ich übe noch weitere Beschäftigungen aus.
☐ Ich bin außerdem Beamter bzw. selbständig tätig.

Mein monatliches Entgelt beträgt:

☐ bis 450 Euro
☐ bis 4.350 Euro
☐ 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

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 Angaben[1]

☐ 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: ☐ Präventionsprogramme[2] ☐ Befreiung von Zuzahlungen[2] ☐ Zusatzversicherungsangebote[2] ☐ Chronikerprogramme[2] ☐ Wahltarife[2]

[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

Stand: 11-2012

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

Rentenversicherungsnummer | Krankenversichertennummer | versichert bis ☐ selbstversichert ☐ familienversichert

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname | Geburtsort | Staatsangehörigkeit

Kind

☐ weiblich ☐ männlich

Name | Vorname

Geburtsdatum | Monatliches Einkommen | Derzeitige Kasse

Rentenversicherungsnummer | Krankenversichertennummer | versichert bis ☐ selbstversichert ☐ familienversichert

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname | Geburtsort | Staatsangehörigkeit

Kind

☐ weiblich ☐ männlich

Name | Vorname

Geburtsdatum | Monatliches Einkommen | Derzeitige Kasse

Rentenversicherungsnummer | Krankenversichertennummer | versichert bis ☐ selbstversichert ☐ familienversichert

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname | Geburtsort | Staatsangehörigkeit

Kind

☐ weiblich ☐ männlich

Name | Vorname

Geburtsdatum | Monatliches Einkommen | Derzeitige Kasse

Rentenversicherungsnummer | Krankenversichertennummer | versichert bis ☐ selbstversichert ☐ familienversichert

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname | Geburtsort | Staatsangehörigkeit

Bankeinzugsermächtigung 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

Stand: 11-2012