



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

<p>Angaben zur Person <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Titel, Name _____</p> <p>Vorname _____ Adresszusatz (z.B. bei Schmidt) _____</p> <p>Straße, Hausnummer _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Geburtsdatum _____ Telefonnummer privat¹ _____</p> <p>Telefonnummer dienstlich¹ _____ Handynummer¹ _____</p> <p>E-Mail-Adresse¹ _____</p> <p>Rentenversicherungsnummer _____</p> <p>Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:</p> <p>Geburtsname _____</p> <p>Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____</p> <p>Mitgliedschaft als</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Student (Bitte Immatrikulation beifügen) <input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> freiberuflicher Künstler/Publizist</p> <p>Bezieher von (Bitte Leistungsbescheid beifügen):</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> Rente, Waisenrente und/oder Versorgungsbezügen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich übe noch weitere Beschäftigungen aus. <input type="checkbox"/> Ich bin außerdem Beamter bzw. selbständig tätig.</p>	<p>Nur vom Vertriebspartner auszufüllen</p> <p>Stempel oder Name, PLZ, Ort _____</p> <p>Bisherige Krankenversicherung</p> <p>Ich war die letzten 18 Monate bei folgender Krankenkasse _____</p> <p>Name _____</p> <p>Ort _____</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.</p> <p>Familienversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen. Der rückseitige Antrag auf Familienversicherung wurde ausgefüllt.</p> <p>Mein monatliches Bruttoentgelt beträgt:</p> <p><input type="checkbox"/> bis 400 Euro <input type="checkbox"/> bis 4.162,50 Euro <input type="checkbox"/> mehr als 4.162,50 Euro</p> <p>Erhalten Sie Einmalzahlungen (z.B. Weihnachts- oder Urlaubsgeld)? Dann zählen Sie bitte zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen ein Zwölftel der Einmalzahlungen hinzu.</p> <p>Bitte ausfüllen, wenn Sie die Mitgliedschaft als Arbeitnehmer, Auszubildender oder Praktikant wählen:</p> <p>Name Arbeitgeber _____</p> <p>Straße, Hausnummer _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer des Arbeitgebers (Bitte unbedingt angeben) _____</p> <p>Beschäftigt als _____ Beginn der Beschäftigung _____</p>
--	---

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

Freiwillige Angaben¹

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

Ich melde mich für den E-Mail-Informationsservice der HEK an und erhalte das Mitgliedermagazin HEKinform digital sowie den HEK-Newsletter.

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 Versicherungskarte/-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 _____ selbst versichert
 familienversichert

Rentenversicherungsnummer _____

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname _____ Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Kind

weiblich männlich

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Monatliches Einkommen _____

Derzeitige Kasse _____

versichert bis _____ selbst versichert
 familienversichert

Rentenversicherungsnummer _____

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname _____ Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Kind

weiblich männlich

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Monatliches Einkommen _____

Derzeitige Kasse _____

versichert bis _____ selbst versichert
 familienversichert

Rentenversicherungsnummer _____

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname _____ Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Kind

weiblich männlich

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Monatliches Einkommen _____

Derzeitige Kasse _____

versichert bis _____ selbst versichert
 familienversichert

Rentenversicherungsnummer _____

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 zu entrichtenden Beiträge zu Lasten des nebenstehenden Kontos einzuziehen.

Erstmalig werden die Beiträge für den Zeitraum vom _____

bis _____ am _____ eingezogen.

Zukünftig werden die Beiträge eingezogen:

- jeweils zum 15. des laufenden Monats
 jeweils am Ende des laufenden Monats
 rechtzeitig zum Fälligkeitstermin, so dass der Beitrag am 15. des Folgemonats der HEK gutgeschrieben ist



Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers