

JA, ich beantrage zum die Mitgliedschaft bei der HEK und sichere mir ein erstklassiges Leistungsangebot.

Persönliche Angaben

männlich weiblich divers

Titel und Name

Vorname

Straße und Hausnummer

Adresszusatz

PLZ

Ort

Telefonnummer*

E-Mail-Adresse*

Rentenversicherungsnummer

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Haben Sie Kinder?

ja nein

Familienversicherung

Ich habe Angehörige (Ehepartner, Lebenspartner, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Mitgliedschaft (m/w/d) als

Arbeitnehmer

Auszubildender

freiw. Dienst
(FWD/FSJ/FÖJ)

Praktikant

Schüler

Student (bitte Immatrikulations-
bescheinigung beifügen)

dualer Student

Selbstständiger/
Freiberufler

freiwillig Versicherter

freiberuflicher Künstler/
Publizist

Bezieher von (bitte Leistungsbescheid beifügen)

Arbeitslosengeld I

Arbeitslosengeld II

Rente, Hinterbliebenenrente
und/oder Versorgungsbezüge

Weitere Tätigkeiten

Ich übe noch weitere
Beschäftigungen aus.

Ich bin zusätzlich im
Beamtenverhältnis tätig.

Ich bin zusätzlich
selbstständig tätig.

Nur vom Vertriebspartner auszufüllen

Stempel oder Name, PLZ, Ort

GP-Nummer

Bisherige Krankenversicherung

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Ort

pflichtversichert

freiwillig versichert

familienversichert

Ich war zuletzt

privat versichert

im Ausland versichert

nicht versichert

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis (bitte ausfüllen, wenn Sie Arbeitnehmer, in der Ausbildung, im dualen Studium, im freiwilligen Dienst oder Praktikum sind.)

Name des Arbeitgebers

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer des Arbeitgebers
(bitte unbedingt angeben)

Faxnummer des Arbeitgebers

beschäftigt als

Beginn der Beschäftigung

Mein monatliches Entgelt beträgt

bis 520 Euro

bis 5.550 Euro

mehr als 5.550 Euro

Erhalten Sie Einmalzahlungen (zum Beispiel Weihnachts- oder Urlaubsgeld)? Dann zählen Sie bitte zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen ein Zwölftel der Einmalzahlungen hinzu.

Ich beantrage die Teilnahme am Bonus Vorsorge^{plus}*

Ich beantrage die Teilnahme am Bonus Vorsorge^{plus} für meine familienversicherten Angehörigen*

Ich interessiere mich für die Teilnahme am Wahltarif HEKeasycash*

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Ohne diese Informationen können wir Ihre Mitgliedschaft nicht herstellen. Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten erhalten Sie telefonisch oder online: www.hek.de/datenschutz

Ich bin an regelmäßigen Informationen der HEK per E-Mail interessiert und habe hierfür meine E-Mail-Adresse bei den Angaben zur Person eingetragen*.

*Die Angaben sind freiwillig und können jederzeit widerrufen werden und haben auf die Bearbeitung des Mitgliedschaftsantrags keinen Einfluss.

Mit den Angaben der Telefonnummer und/oder der E-Mail-Adresse ermöglichen Sie es uns, bei Fragen zu Ihrem Mitgliedschaftsantrag schnell und unbürokratisch Kontakt mit Ihnen aufzunehmen.

 Datum und Unterschrift _____

 **Hotline**
0800 0 213 213 (kostenfrei)

 **E-Mail**
kontakt@hek.de

 **Website**
hek.de

Name des Hauptversicherten
Krankenversicherernummer

	Ehepartner/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Selbstständige Tätigkeit (bitte eine Kopie des aktuell vorliegenden Einkommensteuer- bescheides beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit: _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit: _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit: _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit: _ _ _ _ _ _ _ _ _ €
Geringfügige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto- Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto- Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto- Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto- Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ _ _ _ €
Mehr als geringfügige Beschäftigung (bitte legen Sie uns entsprechende Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto- Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto- Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto- Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Monatliches Brutto- Arbeitsentgelt _ _ _ _ _ _ _ _ _ €
Gesetzliche Rente, Versorgungs- bezüge, Betriebsrente, sonstige Renten (bitte legen Sie uns entsprechende Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Zahlbetrag _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Zahlbetrag _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Zahlbetrag _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Zahlbetrag _ _ _ _ _ _ _ _ _ €
Sonstige Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuer- rechts (zum Beispiel: Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Vermietung und Verpachtung oder sonstige Einkünfte, wie zum Beispiel Abfindungen bei Verlust des Arbeitsplatzes. Bitte legen Sie uns entsprechende Nachweise für jede Einkommensart bei)	<input type="checkbox"/> Ja Art der Einkünfte _____ Monatliche Einkünfte _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Art der Einkünfte _____ Monatliche Einkünfte _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Art der Einkünfte _____ Monatliche Einkünfte _ _ _ _ _ _ _ _ _ €	<input type="checkbox"/> Ja Art der Einkünfte _____ Monatliche Einkünfte _ _ _ _ _ _ _ _ _ €
Arbeitslosengeld II (bitte legen Sie uns eine Kopie des Leistungsbescheides bei. Bitte geben Sie auch Zeiten des Leistungsbezuges an, die in dem zu prüfenden Zeitraum geendet haben.)	<input type="checkbox"/> Ja seit _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Ja seit _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Ja seit _ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Ja seit _ _ _ _ _ _ _ _ _

Ich bin zu erreichen unter (freiwillige Angabe)

Telefonnummer privat	Telefonnummer mobil
E-Mail-Adresse	

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner oben genannten Angehörigen verändert (zum Beispiel neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus