

**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

Bürgergeld

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 538 Euro

bis 5.775 Euro

mehr als 5.775 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<sup>plus</sup>\*

Ich beantrage die Teilnahme am Bonus Vorsorge<sup>plus</sup> 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](http://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 Mitglieds	
Krankenversicherungsnummer	Geburtsdatum des Mitglieds

	Ehepartner/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Nachname				
Vorname				
Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, d = divers, u = unbekannt)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	--- entfällt ---	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Enkel
Sind Sie mit dem Elternteil des Kindes verheiratet?	--- entfällt ---	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ende der bisherigen Versicherung  Name der Krankenkasse (Bitte geben Sie den vollständigen Namen der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens ein.)	Die bisherige Versicherung endete am  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  und bestand bei _____	Die bisherige Versicherung endete am  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  und bestand bei _____	Die bisherige Versicherung endete am  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  und bestand bei _____	Die bisherige Versicherung endete am  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  und bestand bei _____
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei (Bitte geben Sie den vollständigen Namen der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens ein.)		--- entfällt ---	--- entfällt ---	--- entfällt ---
Art der bisherigen oder bestehenden Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Name und Vorname der Person, aus der die Familienversicherung abgeleitet wurde	Nachname	Nachname	Nachname	Nachname
	Vorname	Vorname	Vorname	Vorname

### Sonstige Angaben zu Ihren Familienangehörigen

Schulbesuch oder Studium (Bei Kindern ab 23 Jahren aktuelle Schul- bzw. Studienbescheinigung beifügen.)	--- entfällt ---	vom  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  bis  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	vom  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  bis  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	vom  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  bis  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)	--- entfällt ---	vom  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  bis  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	vom  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  bis  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	vom  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  bis  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Ist eine Änderung der Verhältnisse absehbar, die zum Ende der Familienversicherung führt, zum Beispiel Schulende oder Beschäftigungsaufnahme?	<input type="checkbox"/> Ja, ab  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Welche?	<input type="checkbox"/> Ja, ab  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Welche?	<input type="checkbox"/> Ja, ab  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Welche?	<input type="checkbox"/> Ja, ab  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Welche?

