

JA, ich beantrage zum [REDACTED] 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 Krankenversichertenummer

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer | <input type="checkbox"/> Auszubildender |
| <input type="checkbox"/> freiw. Dienst (FWD/FSJ/FÖJ) | <input type="checkbox"/> Praktikant |
| <input type="checkbox"/> Schüler | <input type="checkbox"/> Student (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen) <input type="checkbox"/> dualer Student |
| <input type="checkbox"/> Selbstständiger/ Freiberufler | <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> freiberuflicher Künstler/ Publizist |

Bezieher von (bitte Leistungsbescheid beifügen)

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld | <input type="checkbox"/> Bürgergeld | <input type="checkbox"/> Rente, Hinterbliebenenrente und/oder Versorgungsbezügen |
|---|-------------------------------------|--|

Weitere Tätigkeiten

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich übe noch weitere Beschäftigungen aus. | <input type="checkbox"/> Ich bin zusätzlich im Beamtenverhältnis tätig. | <input type="checkbox"/> Ich bin zusätzlich selbstständig tätig. |
|--|---|--|

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

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung



Name des Mitglieds

Krankenversichertennummer

Allgemeine Angaben des Hauptversicherten

Familienstand

verheiratet seit _____

getrennt lebend seit _____

geschieden seit _____

verwitwet seit _____

in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft seit _____

ledig

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft

Geburt eines Kindes

Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft eines Angehörigen

Zuzug aus dem Ausland am _____

Heirat

Sonstiges:

Telefonnummer für Rückfragen (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse für Rückfragen (freiwillige Angabe)

Wichtig für Sie: Wir benötigen immer die Informationen zur Krankenversicherung Ihres Ehepartners oder Lebenspartners. Zusätzlich sind dessen Einnahmen anzugeben und durch Einkommensnachweise zu belegen, wenn die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird, Ihr Ehepartner oder Lebenspartner mit den Kindern verwandt ist und nicht gesetzlich krankenversichert ist. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, müssen nicht angegeben werden. Sofern Ihr Ehepartner oder Lebenspartner Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, sind keine Angaben zum Einkommen erforderlich.

	Ehepartner/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Soll eine Familienversicherung durchgeführt werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Beginn der Familienversicherung				
Nachname*				
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen Ihnen und Ihren Angehörigen benötigen wir eine Kopie der Geburts- oder Heiratsurkunde. Können Sie diese Unterlagen nicht vorlegen, können Sie das Verwandtschaftsverhältnis anhand von anderen geeigneten Unterlagen (zum Beispiel Kindergeldbescheid) einmalig nachweisen.				
Vorname				
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
Geburtsdatum				
Ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Die bisherige Versicherung endete am (Bitte geben Sie den vollständigen Namen der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens an.)	bei _____	bei _____	bei _____	bei _____
Die bisherige Versicherung besteht weiter (Bitte geben Sie den vollständigen Namen der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens an.)	bei _____	--- 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
Ist eine Änderung absehbar, die zum Ende der Familienversicherung führt, zum Beispiel Schulende oder Beschäftigungsaufnahme?	<input type="checkbox"/> Ja, ab _____ Welche?			

	Ehepartner/ Lebenspartner	Kind	Kind	Kind
Nachname				
Vorname				
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
Schulbesuch oder Studium (Bei Kindern ab 23 Jahren bitte eine 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 _____

Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen

Selbstständige Tätigkeit (Bitte eine Kopie des aktuell vorliegenden Einkommensteuer- bescheides beifügen.)	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit Euro _____			
Geringfügige Beschäftigung (Minijob)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungs- bezüge, Betriebsrente, sonstige Renten, ausländische Renten (Bitte legen Sie uns entsprechende Nachweise bei.)	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Zahlbetrag Euro _____			
Sonstige Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuer- rechts (Zum Beispiel: Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäfti- gung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindungen bei Verlust des Arbeitsplatzes. Bitte legen Sie uns entsprechende Nachweise für jede Einkommensart bei.)	<input type="checkbox"/> Ja Art der Einkünfte _____			
	Monatliche Einkünfte Euro _____	Monatliche Einkünfte Euro _____	Monatliche Einkünfte Euro _____	Monatliche Einkünfte Euro _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

Rentenversicherungsnummer			
Staatsangehörigkeit			

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde

Geburtsname			
Geburtsort			
Geburtsland			

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 - bei familienversicherten Kindern - der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich versichert ist.