

☒ **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

Krankenversichertennummer

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☐ Bürgergeld☐ Rente, Hinterbliebenenrente
und/oder Versorgungsbezügen

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 603 Euro☐ bis 6.450 Euro☐ mehr als 6.450 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

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 mit 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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<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? _____	<input type="checkbox"/> Ja, ab _____ Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja, ab _____ Welche? _____	<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 Einkommensteuerbescheides beifügen.)	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit Euro _____	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit Euro _____	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit Euro _____	<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, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten, ausländische Renten (Bitte legen Sie uns entsprechende Nachweise bei.)	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Zahlbetrag Euro _____	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Zahlbetrag Euro _____	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Zahlbetrag Euro _____	<input type="checkbox"/> Ja Monatlicher Zahlbetrag Euro _____
Sonstige Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (Zum Beispiel: Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, 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 _____	<input type="checkbox"/> Ja Art der Einkünfte _____ Monatliche Einkünfte Euro _____	<input type="checkbox"/> Ja Art der Einkünfte _____ Monatliche Einkünfte Euro _____	<input type="checkbox"/> Ja Art der Einkünfte _____ 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.

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 getrenntlebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten erhalten Sie telefonisch oder online: www.hek.de/datenschutzrecht