

Sí, solicito la afiliación a HEK a partir del me aseguro una gama de servicios de primera clase.

Datos personales

masculino femenino otro

Título y apellido(s) _____

Nombre _____

Calle y número _____ Complemento de dirección _____

Código postal _____ Localidad _____

Número de teléfono* _____ Dirección de correo electrónico* _____

Número del seguro de pensiones _____ Número del seguro médico _____

Fecha de nacimiento Apellido de soltero/a _____

Lugar de nacimiento _____ País de nacimiento _____

Nacionalidad _____

¿Tiene hijos?

sí no

Seguro familiar

Tengo personas a mi cargo (cónyuge, pareja, hijos) que deben estar aseguradas de forma gratuita.

Afiliación (m/f/o) como

- Empleado Aprendiz
 Voluntario (servicio militar voluntario/año social voluntario/año ecológico voluntario) Becario
 Estudiante escolar Estudiante universitario (por favor, adjunte el certificado de matrícula) Estudiante de formación dual
 Trabajador independiente / autónomo Asegurado voluntario Periodista / artista autónomo

Beneficiario de (por favor, adjunte la declaración de prestaciones)

- Prestación por desempleo I Renta Ciudadana Pensión, pensión por fallecimiento y/o pagas de manutención

Otras actividades

- También tengo otras ocupaciones También trabajo en calidad de funcionario También trabajo como autónomo

- Solicito participar en Bonus Vorsorge^{plus} *
 Solicito que las personas a mi cargo cubiertas por el seguro familiar participen en Bonus Vorsorge^{plus} *
 Estoy interesado en participar en la tarifa opcional HEKeasycash*

Necesitamos sus datos personales (datos sociales) para poder llevar a cabo correctamente nuestras tareas por usted. La base jurídica para llevar a cabo esta solicitud se asienta sobre el artículo 284 del libro V del Código de la Seguridad Social alemán (SGB V) en combinación con el artículo 206 del SGB V o el artículo 28 del SGB IV, y el artículo 94 del SGB XI junto con el artículo 50 del SGB XI. Sin estos datos no podemos tramitar su afiliación. Puede obtener más información sobre el procesamiento de sus datos y sobre sus derechos por teléfono o en la siguiente página web: www.hek.de/datenschutz

Estoy interesado en recibir información periódica de HEK por correo electrónico y he introducido mi dirección de correo electrónico a tal efecto en el apartado de datos personales*.

* Facilitar estos datos es voluntario, no afecta a la tramitación de la solicitud de afiliación y su consentimiento puede revocarse en cualquier momento. Al proporcionar su número de teléfono y/o dirección de correo electrónico, nos permitirá ponernos en contacto con usted de forma rápida y sin papeleos de por medio para resolver cualquier pregunta relacionada con su solicitud de afiliación.

Fecha y firma _____

A rellenar únicamente por el distribuidor

Sello o nombre, código postal, localidad _____ Número de socio comercial _____

Seguro médico previo

Hasta ahora estaba con la siguiente compañía de seguros médicos

Nombre de la compañía de seguros médicos _____

Localidad _____

asegurado obligatoriamente asegurado voluntariamente fasegurado con un seguro familiar

Hasta ahora estaba asegurado de forma privada estaba asegurado en el extranjero no estaba asegurado

Datos relacionados con el empleo u ocupación (por favor, rellene estos datos si trabaja como empleado o realiza una formación, un estudio dual, un servicio voluntario o unas prácticas).

Nombre del empleador _____

Calle y número _____
Código postal _____ Localidad _____

Número de teléfono del empleador (dato obligatorio) _____ Número de fax del empleador _____

Contratado como _____ Inicio de la relación laboral _____

Mi salario mensual es de

hasta 520 euros hasta 5.550 euros más de 5.550 euros

¿Recibe pagas extraordinarias (por ejemplo, paga de Navidad o de vacaciones)? En tal caso, sume a su salario bruto mensual una doceava parte de dichas pagas extraordinarias.