Antrag senden an HEK-Antragsservice:
Fax: 0800 5891919
E-Mail: antragsservice@hek.de

HEK
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

☑ **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

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 538 euros ☐ hasta 5.775 euros ☐ más de 5.775 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.

☐ **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 HEK*easycash****

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 _____

Hotline
0800 0 213 213 (gratis)

E-Mail
kontakt@hek.de

Website
hek.de