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

HEK
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

☑ **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 [1] | E-Mail-Adresse [1]

Rentenversicherungsnummer | Krankenversichertennummer

Geburtsdatum | Geburtsname

Geburtsort | Geburtsland

Staatsangehörigkeit

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

Haben Sie Kinder?

☐ ja ☐ nein

Familienversicherung

☐ Ich habe Angehörige (Ehepartner_in, Lebenspartner_in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Bezieher von (bitte Leistungsbescheid beifügen)

☐ Arbeitslosengeld I ☐ Arbeitslosengeld II

☐ Rente, Hinterbliebenenrente und/oder Versorgungsbezügen

☐ **Ich beantrage die Teilnahme am Bonus Vorsorge^{plus} [1]**

☐ **Ich beantrage die Teilnahme am Bonus Vorsorge^{plus} für meine familienversicherten Angehörigen [1]**

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 [1].

[1] 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 _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für Studierende und freiwillig Versicherte (freiwillige Angabe)

DE23ZZZ00000053778 | **wird separat mitgeteilt**
Gläubiger-Identifikationsnummer | Mandatsreferenznummer

Name und Vorname (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die HEK über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten und mir die Mandatsreferenznummer mitteilen.

Bitte ziehen Sie die Beiträge rechtzeitig zum gesetzlichen Fälligkeitstermin (zum 15. des Folgemonats) ein.

Ich ermächtige die HEK, die fälligen Beiträge und die fällige Prämie zu einem Wahltarif mit Anspruch auf Krankengeld von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HEK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

✗ Datum und Unterschrift des Kontoinhabers _____

Hotline
0800 0 213 213 (kostenfrei)

E-Mail
kontakt@hek.de

Website
hek.de

Fragebogen für Studierende zur KVdS

Name _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____

Um die Dauer Ihres Anspruchs auf Versicherungspflicht in der studentischen Kranken- und Pflegeversicherung (KVdS) prüfen zu können, beantworten Sie bitte nachfolgende Fragen und fügen diesem Mitgliedschaftsantrag Ihre aktuelle Immatrikulationsbescheinigung bei. Die Versicherungspflicht beginnt mit der Einschreibung und endet mit dem Semester, in dem Sie Ihr 30. Lebensjahr vollenden. Nur in bestimmten Ausnahmefällen kann diese Frist überschritten werden.

I. Allgemeine Voraussetzungen

1. Sind Sie neben Ihrem Studium beschäftigt? ☐ nein ☐ ja, bei _____

wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden

monatlicher Bruttoverdienst _____ Euro

Seit wann üben Sie diese Beschäftigung aus? seit _____

Ist diese Beschäftigung von vornherein befristet? ☐ nein ☐ ja, von _____ bis _____

Üben Sie noch weitere Beschäftigungen aus? ☐ nein ☐ ja

Handelt es sich um ein in der Prüfung vorgeschriebenes Praktikum? ☐ nein ☐ ja

2. Üben Sie eine selbstständige Tätigkeit aus? ☐ nein ☐ ja, ich bin tätig als _____

Welcher zeitliche Aufwand ist dafür in der Woche erforderlich? _____ Stunden

Welches Einkommen (maßgebend sind die Einkünfte im Sinne des Steuerrechts) erzielen Sie monatlich aus dieser Tätigkeit? _____ Euro (brutto)

Beschäftigen Sie Arbeitnehmer? ☐ nein ☐ ja

II. Spezielle Voraussetzungen

1. Welche/s Fach/Fächer studieren Sie? _____

2. Studieren Sie an einer Fachhochschule oder Universität? ☐ Fachhochschule ☐ Universität

3. Name und Anschrift der Ausbildungsstätte _____

Matrikel-Nummer _____

4. Wann haben Sie mit dem Studium begonnen? Sommer-/Wintersemester 20 _____

5. Wie viele Semester werden Sie voraussichtlich studieren? _____ Semester

Sie können zwischen folgenden zwei Zahlungsmöglichkeiten wählen, die der Gesetzgeber vorgibt:

☐ Ich nehme nicht am Bankeinzugsverfahren teil und zahle daher die Beiträge für das Semester im Voraus.

☐ Bitte ziehen Sie den monatlichen Beitrag bis auf Widerruf ein. Meine Einzugsermächtigung ist beigefügt.

✘ Datum und Unterschrift _____

Hotline
0800 0 213 213 (kostenfrei)

E-Mail
kontakt@hek.de

Website
hek.de