

**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  Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum  Geburtsname

Geburtsort  Geburtsland

Staatsangehörigkeit

**Haben Sie Kinder?**

ja  nein

**Familienversicherung**

Ich habe Angehörige (Ehepartner, Lebenspartner, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

**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

**Bezieher von (bitte Leistungsbescheid beifügen)**

Arbeitslosengeld I  Bürgergeld  
 Rente, Hinterbliebenenrente und/oder Versorgungsbezügen

Ich beantrage die Teilnahme am Bonus Vorsorge<sup>plus</sup>\*

Ich beantrage die Teilnahme am Bonus Vorsorge<sup>plus</sup> 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](http://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

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

DE23ZZZ0000053778 **wird separat mitgeteilt**

Gläubiger-Identifikationsnummer  Mandatsreferenznummer

Name und Vorname (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

**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.

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

Datum und Unterschrift des Kontoinhabers

