

**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<sup>1</sup>

E-Mail-Adresse<sup>1</sup>

Rentenversicherungsnummer

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

### Haben Sie Kinder?

ja  nein

### Familienversicherung

Ich habe Angehörige (Ehepartner\_in, Lebenspartner\_in, 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

Selbständiger /  
Freiberufler

freiwillig Versicherter

freiberuflicher Künstler /  
Publizist

### Bezieher von (bitte Leistungsbescheid beifügen)

Arbeitslosengeld I

Arbeitslosengeld II

Rente, Hinterbliebenenrente  
und/oder Versorgungsbezügen

### Weitere Tätigkeiten

Ich übe noch weitere  
Beschäftigungen aus

Ich bin zusätzlich im  
Beamtenverhältnis tätig

Ich bin zusätzlich  
selbstständig tätig

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

Hinweis: Ihre freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.

### 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, 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 450 Euro

bis 5.362,50 Euro

mehr als 5.362,50 Euro

Erhalten Sie Einmalzahlungen (zum Beispiel Weihnachts- oder Urlaubsgeld)? Dann zählen Sie bitte zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen ein Zwölftel der Einmalzahlungen hinzu.

Zahlt Ihr Arbeitgeber die Beiträge?

ja

nein

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)

### Freiwillige Angaben<sup>1</sup>

Ich bin an regelmäßigen Informationen der HEK per E-Mail interessiert und habe hierfür meine E-Mail-Adresse bei den Angaben zur Person eingetragen.

Ich bin damit einverstanden, dass die HEK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert beziehungsweise berät.

Hinweis: Ihre freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.

<sup>1</sup> Die Angaben sind freiwillig und haben auf die Bearbeitung des Mitgliedschaftsantrages 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

**HEK  
Privatkunden  
22034 Hamburg**

**Rücksendung per Fax bitte an 040 65696-1237  
oder Rücksendung über HEK Service-App**

**Antrag auf freiwillige Versicherung ab dem**

**1. Persönliche Angaben**

Name, Vorname		Versichertennummer	
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	
	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft*	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Ehepartner/Lebenspartner*	<input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert		
	<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert**		
Ich habe eigene Kinder	<input type="checkbox"/> Ja (Wenn noch kein Nachweis vorgelegt wurde, diesen bitte beifügen)		

**2. Erwerbsstatus/Personenzugehörigkeit**

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger (bitte letzten Bescheid des Sozialamtes beifügen)	<input type="checkbox"/> Fachschüler/ Berufsfachschüler (bitte aktuelle Schulbescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> Rentner
<input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> Schwerbehinderter	<input type="checkbox"/> Schüler (allgemeinbildender Schulen)	<input type="checkbox"/> Pensionär
<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> Student (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)		

**3. Selbstständige/freiberufliche Tätigkeit**

<input type="checkbox"/> selbstständig tätig seit _____ (bitte Gewerbeanmeldung beifügen)	Wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden
Tätig als _____	Mitarbeiter (mehr als geringfügig beschäftigt) _____ Anzahl
<input type="checkbox"/> freiberuflich tätig seit _____	Mitarbeiter (geringfügig beschäftigt) _____ Anzahl
Tätig als _____	

**4. Einkommensteuerbescheid**

Für einzelne Einnahmearten ist als Nachweis der Einkommensteuerbescheid erforderlich (siehe Rückseite).  
 Ich bin zur Einkommensteuer verpflichtet  Ja  Nein (bitte Nachweis über die Nichtveranlagung vom Finanzamt beifügen)

**5. Ich bin zu erreichen unter** (freiwillige Angabe)

Telefonnummer privat	Telefonnummer mobil
E-Mail-Adresse	

\* Lebenspartner nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG)

\*\* Ist Ihr Ehepartner oder Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert, ist es zwingend erforderlich, dass wir die Einnahmen Ihres Partners bei der Beitragseinstufung mitberücksichtigen.

Name, Vorname	Versichertennummer
---------------	--------------------

## 6. Einnahmen

<b>6.1.</b> Meine monatlichen Einnahmen (ohne Renten und Versorgungsbezüge) liegen über der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (4.837,50 Euro).	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro	
<b>6.2.</b> Ich habe keine Einnahmen, meinen Lebensunterhalt bestreite ich von:		
<b>Ich habe folgende Einnahmen</b>	<b>Mitglied monatlich Euro</b>	<b>Ehepartner* monatlich Euro</b>
<b>6.3. Arbeitsentgelt/Dienstbezüge (Bruttobetrag)</b> <small>(aus nichtselbstständiger Beschäftigung - bitte Gehalts-/ Bezügeabrechnung beifügen)</small>		
<b>Einmalzahlung Weihnachtsgeld</b> (jährlicher Betrag)		
<b>Einmalzahlung Urlaubsgeld</b> (jährlicher Betrag)		
<b>Einmalzahlung sonstig</b> (jährlicher Betrag) <b>Art:</b> _____		
<b>6.4. Einnahmen aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit</b> <small>(bitte letzten Einkommensteuerbescheid vollständig bis zum amtlichen Siegel beifügen)</small>		
<b>6.5. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung</b> <small>(bitte letzten Einkommensteuerbescheid vollständig bis zum amtlichen Siegel beifügen)</small>		
<b>6.6. Einnahmen aus Kapitalvermögen ohne Abzug des Sparer- Pauschbetrages</b> (bitte letzten Einkommensteuerbescheid oder letzte Zinsbescheinigung der Bank beifügen)		
<b>6.7. Sonstige Einnahme, bitte Art angeben:</b> _____ <small>(zum Beispiel Sozialhilfe, „Taschengeld“, Abfindungen, Gründungszuschuss - bitte aktuellen Nachweis beziehungsweise Kopie des Bescheids beifügen)</small>		
<b>6.8. Renten/Pension/Versorgungsbezüge (Betriebsrente)</b>		
Art/Zahlstelle:		
Art/Zahlstelle:		
Einmalzahlungen:		
<b>6.9. Sonstige Mitteilungen zu Ihren Einnahmen oder Ihren Nachweisen:</b>		

\* Ist Ihr Ehepartner oder Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert, ist es zwingend erforderlich, dass wir die Einnahmen Ihres Partners bei der Beitragseinstufung mitberücksichtigen.

## 7. Erklärung

Ich habe alle Einnahmen, die ich zu meinem Lebensunterhalt verwende oder verwenden könnte, vollständig angegeben. Mir ist bekannt, dass unvollständige Angaben die rückwirkende Korrektur der Beitragsbemessung zu meinem Nachteil zur Folge haben kann. Ich bin über meine gesetzlichen Mitwirkungspflichten informiert und benachrichtige die HEK, wenn sich meine Einnahmen verändern oder mir ein neuer Einkommensteuerbescheid beziehungsweise Nachweis zugeht.	
_____ Datum	_____ Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter, bei Steuerberatern bitte Vollmacht beilegen)

Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 Sozialgesetzbuch (SGB) V und § 50 SGB XI erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 240 SGB V und § 57 SGB XI zur korrekten Festsetzung der Beitragshöhe notwendig. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen.



**HEK  
Privatkunden  
22034 Hamburg**

**Rücksendung per Fax bitte an 040 65696-1237  
oder Rücksendung über HEK Service-App**

### Übermittlung Ihrer Beitragsdaten an das Finanzamt

Name, Vorname	Versichertennummer
Geburtsdatum	

Ihre gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung können zu den Vorsorgeaufwendungen in der Einkommensteuer gehören und daher gegebenenfalls abgesetzt werden. Dies bedeutet, dass Sie eventuell weniger Einkommensteuer zahlen müssten.

Eine Berücksichtigung kann nur stattfinden, wenn wir Ihre Beitragsdaten maschinell an das Finanzamt übermitteln. Dafür benötigen wir Ihre Steuer-Identifikationsnummer. Bis zum Kalenderjahr 2018 benötigen wir zusätzlich Ihr Einverständnis für die Übermittlung Ihrer Beitragsdaten an das Finanzamt. Ab dem Kalenderjahr 2019 verpflichtet uns der Gesetzgeber, die Daten auch ohne Ihre Einwilligung an das Finanzamt zu übermitteln. Bitte teilen Sie uns deswegen in jedem Fall Ihre Steuer-Identifikationsnummer mit.

Sollte Ihnen Ihre Steuer-Identifikationsnummer nicht bekannt sein, erfragen Sie diese ganz einfach über die Internetseite des Bundeszentralamtes für Steuern unter [www.bzst.de](http://www.bzst.de). Über die von uns an das Finanzamt gemeldeten Daten erhalten Sie jedes Jahr eine Bescheinigung.

Ich willige in die Übermittlung meiner Beitragsdaten bis zum Kalenderjahr 2018 an das Finanzamt ein. Ab dem Jahr 2019 erfolgt die Übermittlung auch ohne meine Einwilligung.  
(Die Übermittlung erfolgt über die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen ZfA).

Meine Steuer-Identifikationsnummer lautet: (Bitte tragen Sie hier Ihre elfstellige Steuer-Identifikationsnummer ein, die Ihnen das Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt hat. Bitte nicht mit Ihrer **Steuernummer** verwechseln)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter bitte Vollmacht beilegen)