

Ja, ich möchte zum  zur HEK, die Business-K(l)asse, wechseln und sichere mir ein umfassendes Leistungsangebot.

<p><b>Angaben zur Person</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Titel, Name _____</p> <p>Vorname _____ Adresszusatz (z.B. bei Schmidt) _____</p> <p>Straße, Hausnummer _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Geburtsdatum _____ Telefonnummer privat<sup>1</sup> _____</p> <p>Telefonnummer dienstlich<sup>1</sup> _____ Handynummer<sup>1</sup> _____</p> <p>E-Mail-Adresse<sup>1</sup> _____</p> <p>Rentenversicherungsnummer _____</p> <p>Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:</p> <p>Geburtsname _____</p> <p>Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____</p>	<p>Nur vom Vertriebspartner auszufüllen</p> <p>Stempel oder Name, PLZ, Ort _____</p> <p><b>Bisherige Krankenversicherung</b></p> <p>Ich war die letzten 18 Monate bei folgender Krankenkasse _____</p> <p>Name _____</p> <p>Ort _____</p> <p><input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert</p> <p><input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> im Ausland versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert</p> <p><input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.</p> <p><b>Familienversicherung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen. Der rückseitige Antrag auf Familienversicherung wurde ausgefüllt.</p>
<p><b>Mitgliedschaft als</b></p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer</p> <p><input type="checkbox"/> Auszubildender</p> <p><input type="checkbox"/> Praktikant</p> <p><input type="checkbox"/> Schüler</p> <p><input type="checkbox"/> Student (<b>Bitte Immatrikulation beifügen und rückseitige Einzugsermächtigung ergänzen</b>)</p> <p><input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler</p> <p><input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter</p> <p><input type="checkbox"/> freiberuflicher Künstler/Publizist</p> <p>Bezieher von (<b>Bitte Leistungsbescheid beifügen</b>):</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II</p> <p><input type="checkbox"/> Rente, Waisenrente und/oder Versorgungsbezügen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich übe noch weitere Beschäftigungen aus.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin außerdem Beamter bzw. selbständig tätig.</p>	<p>Mein monatliches Bruttoentgelt beträgt:</p> <p><input type="checkbox"/> bis 400 Euro</p> <p><input type="checkbox"/> bis 4.237,50 Euro (JAEG 2012)</p> <p><input type="checkbox"/> mehr als 4.237,50 Euro (JAEG 2012)</p> <p>Erhalten Sie Einmalzahlungen (z.B. Weihnachts- oder Urlaubsgeld)? Dann zählen Sie bitte zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen ein Zwölftel der Einmalzahlungen hinzu.</p> <p><b>Bitte ausfüllen, wenn Sie die Mitgliedschaft als Arbeitnehmer, Auszubildender oder Praktikant wählen:</b></p> <p>Name Arbeitgeber _____</p> <p>Straße, Hausnummer _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer des Arbeitgebers (Bitte unbedingt angeben) _____ Faxnummer des Arbeitgebers _____</p> <p>Beschäftigt als _____ Beginn der Beschäftigung _____</p>

Die Angaben sind zwingend erforderlich, damit wir den Mitgliedschaftsantrag bearbeiten können (Rechtsgrundlage: § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

**Freiwillige Angaben<sup>1</sup>**

Ich beantrage den Zugang zum Online-Kundenzentrum „HEK24“.

Ich melde mich für den E-Mail-Informationsservice der HEK an und erhalte das Mitglieder magazin HEK*inform* digital sowie den HEK-Newsletter.

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

Hinweis: Diese freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.

Bitte informieren Sie mich umgehend über:  Präventionsprogramme<sup>2</sup>  Befreiung von Zuzahlungen<sup>2</sup>  Zusatzversicherungsangebote<sup>2</sup>  Chronikerprogramme<sup>2</sup>  Wahltarife<sup>2</sup>

<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 eventuellen Fragen zu Ihrem Mitgliedschaftsantrag schnell und unbürokratisch Kontakt mit Ihnen aufzunehmen, sofern Sie sich damit ausdrücklich einverstanden erklären.

<sup>2</sup> Die Angaben werden nur für die Versendung von Informationsmaterial an Sie genutzt und anschließend gelöscht.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_ **HEK | DIE BUSINESS-K(L)ASSE**

## Antrag auf Familienversicherung

Wir benötigen die Angaben Ihres Ehepartners auch dann, wenn die Familienversicherung ausschließlich für Ihre Kinder beantragt wird. Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus, damit wir Ihnen die Versichertenkarte/-n rechtzeitig zusenden können. Die Daten werden aufgrund der §§ 10, 284, 289 SGB V erhoben und zur Durchführung der Familienversicherung benötigt.

Ich beantrage die kostenlose Familienversicherung für folgende Angehörige und erkläre, dass sie bei keiner anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner unten genannten Familienangehörigen ändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

### Ehepartner

weiblich  männlich  
 verheiratet  geschieden

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Monatliches Einkommen \_\_\_\_\_

Derzeitige Kasse \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

versichert bis \_\_\_\_\_  selbst versichert  
 familienversichert

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

### Kind

weiblich  männlich

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Monatliches Einkommen \_\_\_\_\_

Derzeitige Kasse \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

versichert bis \_\_\_\_\_  selbst versichert  
 familienversichert

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

### Kind

weiblich  männlich

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Monatliches Einkommen \_\_\_\_\_

Derzeitige Kasse \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

versichert bis \_\_\_\_\_  selbst versichert  
 familienversichert

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

### Kind

weiblich  männlich

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Monatliches Einkommen \_\_\_\_\_

Derzeitige Kasse \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

versichert bis \_\_\_\_\_  selbst versichert  
 familienversichert

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

## Bankeinzugermächtigung für Studenten und freiwillig Versicherte (freiwillige Angabe)

Geldinstitut \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich die HEK widerruflich, die zu entrichtenden Beiträge zu Lasten des nebenstehenden Kontos einzuziehen.

Erstmals werden die Beiträge für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ eingezogen.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Zukünftig werden die Beiträge eingezogen:

- jeweils zum 15. des laufenden Monats  
 jeweils am Ende des laufenden Monats  
 rechtzeitig zum Fälligkeitstermin, so dass der Beitrag am 15. des Folgemonats der HEK gutgeschrieben ist

Anmerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_



Ort, Datum \_\_\_\_\_