

Vor-, Nachname Vertriebspartner: 2034299
PLZ, Ort:



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Ich wähle die Mitgliedschaft bei der Hanseatischen Krankenkasse

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus, damit wir Ihnen die Versichertenkarte/-n rechtzeitig zusenden können! (Bitte auch die Rückseite ausfüllen)

Beginn	Geburtsdatum	verheiratet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Rentenversicherungsnummer
Name		Vorname		Telefon privat
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit		Telefon geschäftlich
Straße und Hausnummer, ggf. Adresszusatz (z.B. Bei Schmidt)			Telefax privat	Telefon mobil
PLZ	Wohnort	E-Mail	an regelmäßigen HEK-Informationen per E-Mail bin ich interessiert <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Eine Kündigungsbestätigung der Vorkasse liegt bei wird kurzfristig nachgereicht

Falls **keine** Kündigungsbestätigung vorliegt, geben Sie bitte an, bei welcher Krankenkasse Sie zuletzt versichert waren (es werden die Versicherungszeiten der letzten 18 Monate vor Beginn der HEK-Mitgliedschaft benötigt).

Zuletzt versichert

bei folgender Krankenkasse (Name, Anschrift)	<input type="checkbox"/> freiwillig vers. <input type="checkbox"/> familienvers. <input type="checkbox"/> versicherungspfl.	von	bis
bei folgender Krankenkasse (Name, Anschrift)	<input type="checkbox"/> freiwillig vers. <input type="checkbox"/> familienvers. <input type="checkbox"/> versicherungspfl.	von	bis
<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Ausland <input type="checkbox"/> nicht versichert		von	bis

Ich bestätige, dass die Mitgliedschaft bei der _____ von mir fristgerecht gekündigt wurde; die Kündigungsbestätigung reiche ich nach.

Ich bin Arbeitnehmer selbständig / freiberuflich tätig Student (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen und Einzugsermächtigung auf der Rückseite ergänzen) Leistungsbezieher bei der Agentur für Arbeit ALG I ALG II (Bitte letzten Bescheid beifügen)

Azubi freiberufl. Künstler bzw. Publizist

Praktikant sonstiger freiwillig Versicherter

Rentner Schüler

Arbeitgeber (wenn Sie die Mitgliedschaft als Arbeitnehmer / Azubi wählen, ergänzen Sie bitte diesen Abschnitt)

Ich bin beschäftigt bei (genaue Bezeichnung des Arbeitgebers)			Telefon (bitte unbedingt angeben)
Straße und Hausnummer		PLZ, Ort	Telefax
Beschäftigt als	wöchentl. Arbeitszeit	Bruttoarbeitsentgelt monatlich EUR	Beginn der Beschäftigung

Die Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der HEK erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben (§ 284 SGB V i.V.m § 67 ff SGB X) und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben unterliegen dem Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I).

Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der HEK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der HEK-Pflegeversicherung.

Freiwillige Angabe

Ich bin damit einverstanden, dass die HEK mich (telefonisch und schriftlich) über Produkte und Leistungen informiert bzw. berät. ja nein

Datum _____ Unterschrift _____

Zusätzliche Angaben (zwingend erforderlich)

Ich beantrage den Zugang zum Internet Kundenzentrum HEK 24 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ich, bzw. meine zu versichernden Familienangehörigen sind interessiert an einem Betreuungsprogramm für chronisch Kranke <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich übe noch weitere Beschäftigungen aus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	· bei Diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin außerdem Beamter bzw. selbständig tätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	· bei Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich beziehe eine Rente und / oder Versorgungsbezüge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	· bei Lungenerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin von der Eigenbeteiligung für Medikamente befreit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	· bei Brustkrebs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich, bzw. meine zu versichernden Familienangehörigen haben bereits an einem Betreuungsprogramm für chronisch Kranke teilgenommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	· bei Rückenleiden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	· bei psych. Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bei Fragen wählen Sie bitte die Rufnummer 01801/213 213 (3,9 Ct./Min.*) oder 040/656 96 - 1000 (für Flatrate-Kunden)

*Aus dem dt. Festnetz, Mobilfunkpreise können abweichen

Ich beantrage die kostenlose Familienversicherung für folgende Angehörige und erkläre, dass sie bei keiner anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. **Wir benötigen die Angaben über Ihren Ehepartner auch dann, wenn die Familienversicherung ausschließlich für Ihre Kinder beantragt wird. Bitte füllen Sie die Daten vollständig aus, damit wir Ihnen die Versichertenkarte/-n rechtzeitig zusenden können!**

Name (Ehepartner)	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.
Geburtsname	Geburtsort	ggf. monatl. Einkommen EUR	
derzeitige Krankenkasse:			versichert bis:
<input type="checkbox"/> selbst vers. <input type="checkbox"/> familienvers.			
Name (Kind)	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.
Geburtsname	Geburtsort	ggf. monatl. Einkommen EUR	
derzeitige Krankenkasse:			versichert bis:
<input type="checkbox"/> selbst vers. <input type="checkbox"/> familienvers.			
Name (Kind)	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.
Geburtsname	Geburtsort	ggf. monatl. Einkommen EUR	
derzeitige Krankenkasse:			versichert bis:
<input type="checkbox"/> selbst vers. <input type="checkbox"/> familienvers.			
Name (Kind)	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.
Geburtsname	Geburtsort	ggf. monatl. Einkommen EUR	
derzeitige Krankenkasse:			versichert bis:
<input type="checkbox"/> selbst vers. <input type="checkbox"/> familienvers.			

Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner oben genannten Familienangehörigen ändert, oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Einzugsermächtigung für Studenten und freiwillig Versicherte

Name, Vorname des Mitgliedes		
Kreditinstitut, PLZ, Ort		
Bankleitzahl	Kontonummer	Name, Vorname des Kontoinhabers

Hiermit ermächtige ich die HEK widerruflich, die zu entrichtenden **Beiträge** zu Lasten des o.g. Kontos einzuziehen. Bitte ziehen Sie erstmalig am _____ die Beiträge für den Zeitraum _____ ein. Danach Einzug erwünscht jeweils am 15. des laufenden Monats, jeweils am Ende des laufenden Monats, rechtzeitig z. Fälligkeitstermin, so dass der Beitrag der HEK am 15. d. Folgemonats gutgeschrieben ist.

Anmerkung: _____

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers