

Ja, ich werde als Rentner Mitglied bei der hkk ab

1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1.
 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2.
 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3.
 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4. 4.
 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5.
 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6.
 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7. 7.
 8. 8. 8. 8. 8. 8. 8. 8. 8. 8.
 9. 9. 9. 9. 9. 9. 9. 9. 9. 9.
 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10. 10.

Name	Geburtsort
ggf. Geburtsname	Geburtsland
Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.	Geschlecht
PLZ, Wohnort	Staatsangehörigkeit
Telefon ¹⁾	Familienstand
E-Mail ¹⁾	Rentenversicherungsnr.
	Steuer-Identifikationsnr.
	Kinder ²⁾
	Nein
	Ja
	Bitte Nachweis beifügen

Ich erhalte seit dem			
eine monatliche Rente von	Deutsche Rentenversicherung Bund /der Länder	Rentenart	
	Andere:		
	Versorgungsbezüge (Betriebsrenten, Pensionen, etc.)		
Name und Anschrift der Zahlstelle		monatlicher Bruttobetrag	Aktenzeichen
		EUR	
		EUR	

Ich bin selbstständig	Nein	Ja	
Falls ja, monatliche Einkünfte		EUR	Bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen!
Wöchentliche Arbeitszeit	Stunden		
Rentenähnliche Einnahmen ²⁾	Nein	Ja	Von der Kranken-/Pflegeversicherungspflicht befreit ²⁾ Nein Ja

Vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als Mitglied m/w/d/X Familienangehöriger m/w/d/X

von bis

Name der Krankenkasse

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen werde ich die hkk umgehend informieren.

- ☐ Ich willige ein, dass die hkk meine personenbezogenen Daten erhebt, um mich schriftlich, telefonisch oder elektronisch über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Die Daten werden nur für diesen Zweck verarbeitet und nach den gesetzlichen Vorgaben gelöscht. Eine Weiterleitung an Dritte erfolgt nicht. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich bei der hkk widerrufen werden. Ohne diese Einwilligung fehlt der hkk die Möglichkeit, mich aktuell über weitere Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren.
- ☐ Ich bitte um Zusendung des hkk Newsletters mit interessanten Infos rund um Gesundheit und meine hkk.

Ort, Datum Unterschrift

Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter [hkk.de/datenschutz](https://www.hkk.de/datenschutz)

¹⁾ Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig.

2) Wenn ja, bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen.

Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet.

1 7 2 0 3 3 6 - -

Interne hkk Seriennummer
(Wird von der hkk ausgefüllt)

Berater (Wird von der hkk ausgefüllt)

