

Herzlich willkommen bei der hkk!

Ja, ich werde als Rentner Mitglied bei der hkk ab



1. Angaben zur Person

Name				
ggf. Geburtsname				
Vorname				
Straße, Hausnr.				
PLZ, Wohnort				
Telefon ¹⁾	-			
E-Mail ¹⁾				

Geburtsort				
Geburtsland				
Geburtsdatum				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> unbestimmt (X)
Staatsangehörigkeit				
Familienstand				
Rentenversicherungsnr.				
Steuer-Identifikationsnr.				
Kinder ²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Bitte Nachweis beifügen.

2. Angaben zum Versicherungsverhältnis

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 Bruttbetrag
				EUR
				EUR

Bitte Kopien der jeweiligen letzten Rentenmitteilung beifügen!

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

Vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als	<input type="checkbox"/> Mitglied m/w/d/X	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger m/w/d/X
von	bis	
Name der Krankenkasse		

3. Einwilligung und Datenschutz

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

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⁾ Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig.

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

