

Herzlich willkommen bei der hkk!

Ja, ich werde als Selbstständiger Mitglied bei der hkk ab

1. Angaben zur Person

Name	Geburtsort
ggf. Geburtsname	Geburtsland
Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.	Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt (X)
PLZ, Wohnort	Staatsangehörigkeit
Telefon ¹⁾	Familienstand
E-Mail ¹⁾	Rentenversicherungsnummer
	Steuer-Identifikationsnummer
	Kinder ²⁾ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bitte Nachweis beifügen.

2. Angaben zur selbstständigen Erwerbstätigkeit

Beginn der Selbstständigkeit	
Ich wünsche eine freiwillige Versicherung	<input checked="" type="checkbox"/> mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit. <input type="checkbox"/> ohne Anspruch auf Krankengeld.
Jahresgewinn (nach den allg. Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts)	EUR <small>Bitte eine Kopie des letzten Einkommenssteuerbescheides beifügen!</small>
Bei erstmaliger Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit: geschätzter jährlicher Gewinn	EUR <small>Bitte Gewerbeanmeldung und ggf. Leistungsbescheid der Agentur für Arbeit beifügen!</small>
Sonstige jährliche Einnahmen (z. B. Miet- und Kapitalerträge)	EUR

3. Angaben zum Versicherungsverhältnis

Mein Partner ³⁾ ist gesetzlich krankenversichert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wir bitten um folgende Angaben und entsprechende Einkommensnachweise:
Eigene Bruttoeinkünfte meines Partners ³⁾ in Höhe von monatlich	EUR	sowie Sonderzahlungen EUR
Anzahl der gemeinsamen und unterhaltsberechtigten Kinder		
Rentenbezug/Rentantrag gestellt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Beamter / Pensionär m/w/d/X <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Rentenähnliche Einnahmen ²⁾	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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		

4. 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](https://www.hkk.de/datenschutz)

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

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

³⁾ Ehepartner m/w/d/X bzw. eingetragener Lebenspartner m/w/d/X

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.

