

# Herzlich willkommen bei der hkk!

## Ja, ich werde als Selbstständiger Mitglied bei der hkk ab

### 1. Angaben zur Person

Name							
ggf. Geburtsname							
Vorname							
Straße, Hausnr.							
PLZ, Wohnort							
Telefon <sup>1)</sup>		–					
E-Mail <sup>1)</sup>							

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 <sup>2)</sup>	<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 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	Bitte eine Kopie des letzten Einkommensteuerbescheids beifügen!
Bei erstmaliger Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit: geschätzter jährlicher Gewinn		EUR	Bitte Gewerbeanmeldung und ggf. Leistungsbescheid der Agentur für Arbeit beifügen!
Sonstige jährliche Einnahmen (z.B. Miet- und Kapitalerträge)		EUR	

### 3. Angaben zum Versicherungsverhältnis

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

### 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

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

<sup>1)</sup> Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig.

<sup>2)</sup> Wenn ja, bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen.

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

Unterschrift

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 –

Berater (Wird von der hkk ausgefüllt)

Interne hkk Seriennummer  
(Wird von der hkk ausgefüllt)

