

Herzlich willkommen bei der hkk!

Ja, ich werde Mitglied bei der hkk ab

1. Angaben zur Person

Name	Geburtsort
ggf. Geburtsname	Geburtsland
Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.	Geschlecht <input 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⁾	Rentenversicherungsnr.
	Steuer-Identifikationsnr.
	Kinder ²⁾ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Bitte Nachweis beifügen.

2. Ich beauftrage die hkk

_____ meine Familienangehörigen beitragsfrei in der Familienversicherung mitzuversichern. Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

3. Angaben zur selbstständigen Erwerbstätigkeit

Ich wünsche eine freiwillige Versicherung **mit** Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

ohne Anspruch auf Krankengeld.

Beginn der Selbstständigkeit _____

Jahresgewinn (nach den allg. Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts)	EUR	Bitte eine Kopie des letzten Einkommenssteuerbescheides 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	

4. Angaben zur freiwilligen Mitgliedschaft

Ich bin _____ Erwerbsloser, Rentenantragsteller, Rentner, Kind, Schüler, Student, Beamter, etc. m/w/d

Art der Einnahmen _____ Miet- und Kapitalerträge, Renten, Versorgungsbezüge, Beamten-Dienstbezüge, Pensionen, Sozialhilfeleistungen, etc.

Höhe der Einnahmen monatlich _____ EUR Bitte eine Kopie des letzten Einkommenssteuerbescheides beifügen!

Wird von Ihnen eine Einkommensteuererklärung abgegeben Nein Ja

5. Ich bin Student/Studentin

Studienbeginn _____ **Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.**

Matrikelnummer _____

Name der Hochschule _____

Haben Sie Versicherungsansprüche nach über- oder zwischenstaatlichem Recht? Nein Ja

Ich arbeite neben meinem Studium

Wöchentliche Arbeitszeit	Stunden	Monatliches Brutto-Erwerbseinkommen	EUR
<input type="checkbox"/> selbstständig tätig ab _____			
<input type="checkbox"/> beschäftigt als Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin ab _____			
Name/Anschrift des Arbeitgebers _____			

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

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

Interne hkk Seriennummer
(Wird von der hkk ausgefüllt)

Berater (Wird von der hkk ausgefüllt)

6. Ich bin Rentner/Rentnerin

Ich erhalte seit dem

eine monatliche Rente von: Deutsche Rentenversicherung Bund /der Länder

Andere:

Versorgungsbezüge (Betriebsrenten, Pensionen, etc.)

Name und Anschrift der Zahlstelle:

monatlicher Bruttobetrag:	Aktenzeichen:
<input type="text"/> EUR	<input type="text"/>
<input type="text"/> EUR	<input type="text"/>

Bitte Kopien der jeweiligen letzten Rentenmitteilung beifügen!

Ich bin selbstständig Nein Ja

Falls ja, monatliche Einkünfte EUR **Bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen!**

Wöchentlicher Zeitaufwand Stunden

7. Bezieher von Arbeitslosengeld I /Bürgergeld

Ich bekomme ab Arbeitslosengeld I Bürgergeld

Beantragt am Stammnummer

Zuständige Agentur für Arbeit /Jobcenter

Bitte Kopie des letzten Leistungsbescheides beifügen!

8. Angaben zum Versicherungsverhältnis

Mein Partner³⁾ ist gesetzlich krankenversichert Ja Nein. **Wir bitten um folgende Angaben und entsprechende Einkommensnachweise:**

Eigene Bruttoeinkünfte meines Partners³⁾ in Höhe von monatlich EUR sowie Sonderzahlungen EUR

Anzahl der gemeinsamen und unterhaltsberechtigten Kinder

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

von bis

Name der Krankenkasse

Rentenbezug / Rentenantrag 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	Student m/w/d/X	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Von der Versicherungspflicht zur Kranken-/Pflege- oder Rentenversicherung befreit ⁴⁾	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		

9. 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.
- Ich willige ein, dass die hkk den von mir beauftragten Vermittler oder die dem Vermittler übergeordnete Vertriebspartnerorganisation über das Zustandekommen einer Mitgliedschaft bei der hkk, zum Zwecke der Berechnung von etwaigen Aufwandsentschädigungen, informiert und hierzu notwendige personenbezogene Daten übermittelt.

Ort, Datum

Unterschrift

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. Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter **hkk.de/datenschutz**
⁴⁾ Wenn ja, bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen. Mit Ihrer Unterschrift bevollmächtigen Sie „Ihren Partner beim Krankenkassenwechsel“ gemäß § 13 Abs. 1 SGB X zu Ihrer Vertretung (Datenübermittlung an die hkk Krankenkasse und Auskünfte zum Antragsprozess) beim Wechsel zur hkk. Die Vollmacht endet mit Beginn der Mitgliedschaft bei der hkk.