Herzlich willkommen bei der hkk!

Ja, ich werde als Arbeitnehmer Mitglied bei der hkk ab

1. Angaben zur Person

Name | Geburtsort

ggf. Geburtsname | Geburtsland

Vorname | Geburtsdatum

Straße, Hausnr. | Geschlecht ☐ **m**ännlich ☐ **w**eiblich ☐ **d**ivers ☐ unbestimmt (**X**)

PLZ, Wohnort | Staatsangehörigkeit

Telefon [1] – | Familienstand

E-Mail [1] | Rentenversicherungsnr.

2. Ich beauftrage die hkk

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

3. Angaben zum Versicherungsverhältnis

Name des Arbeitgebers

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon [1] –

Beginn der Beschäftigung

Ich bin tätig als | ☐ Arbeitnehmer m/w/d/X ☐ Auszubildender m/w/d/X

Monatliches Bruttoarbeitsentgelt EUR | Wöchentliche Arbeitszeit Stunden

Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitgeber ☐ Nein ☐ Ja, welches?

Sind Sie an dem Unternehmen beteiligt ☐ Nein ☐ Ja, die Verträge sind beigefügt

Ich bin selbstständig tätig	☐ Nein	☐ Ja	Beamter / Pensionär m/w/d/X	☐ Nein	☐ Ja
Rentenbezug/Rentenantrag gestellt	☐ Nein	☐ Ja			
Rentenähnliche Einnahmen [2]	☐ Nein	☐ Ja	Student m/w/d/X	☐ Nein	☐ Ja
Von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung, Pflegeversicherung oder Rentenversicherung 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

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.

☐ 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

[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. Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter **hkk.de/datenschutz**
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.

–

Interne hkk Seriennummer
(Wird von der hkk ausgefüllt)

5 1 1 1 1 1 1 – –

Berater (Wird von der hkk ausgefüllt)