Herzlich willkommen bei der hkk!

Ja, ich werde als Arbeitnehmer Mitglied bei der hkk ab

1. Angaben zur Person

Name | Geburtsort

ggf. Geburtsname | Geburtsdatum

Vorname | Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Straße, Hausnr. | Staatsangehörigkeit

PLZ, Wohnort | Familienstand

Telefon [1] – | Rentenversicherungsnr.

E-Mail [1] | Steuer-Identifikationsnr.

2. Angaben zum Versicherungsverhältnis

Name des Arbeitgebers

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon [1] –

Ich bin bei meinem Arbeitgeber beschäftigt seit

Mein Beschäftigungsverhältnis beginnt am | Mit Beginn meines neuen Beschäftigungsverhältnisses möchte ich zur hkk wechseln. ☐ Nein ☐ Ja

Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet bis | Das Beschäftigungsverhältnis ist unbefristet. ☐ Ja

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

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

In den letzten 12 Monaten vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als ☐ Mitglied m/w/d ☐ Familienangehöriger m/w/d

von bis

Name und Anschrift der Krankenkasse

Ich bin selbstständig tätig	☐ Nein	☐ Ja	Beamter / Pensionär m/w/d	☐ Nein	☐ Ja
Rentenbezug / rentenähnliche Einnahmen [2]	☐ Nein	☐ Ja	Mehrfachbeschäftigung	☐ Nein	☐ Ja
Rentenantrag gestellt	☐ Nein	☐ Ja	Student m/w/d	☐ Nein	☐ Ja
Von der Versicherungspflicht zur Kranken-/Pflege- oder Rentenversicherung befreit [2]				☐ Nein	☐ Ja

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

[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.

– | krankenkassennetz.de GmbH | 1 7 2 0 3 2 2 – – –

Interne hkk Seriennummer (Wird von der hkk ausgefüllt) | Berater (Wird von der hkk ausgefüllt)