

## Der schnellste Weg zur HEK



Ergänzen Sie die Antragsunterlagen und senden Sie diese unterschrieben an Meine-Krankenkasse-wechseln

Post: Meine-Krankenkasse-wechseln  
Kai Hoffmann  
Georg-Raloff-Ring 2  
22309 Hamburg

E-Mail: [Antrag@Meine-Krankenkasse-wechseln.de](mailto:Antrag@Meine-Krankenkasse-wechseln.de)

Fax: 040 2286 2176 9



Die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse können Sie an Meine-Krankenkasse-wechseln oder direkt an Ihre neue Krankenkasse senden.

## Nennen Sie uns Ihren Empfehlungsgeber

Name:

E-Mail:



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Ja, ich beantrage zum [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] die Mitgliedschaft bei der HEK | DIE BUSINESS-K(L)ASSE und sichere mir ein umfassendes Leistungsangebot.

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Angaben zur Person</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich<br>Titel, Name _____<br>Vorname _____<br>Straße und Hausnummer _____ Adresszusatz (zum Beispiel bei Schmidt) _____<br>PLZ _____ Ort _____<br>Geburtsdatum _____ Telefonnummer privat <sup>1</sup> _____<br>Telefonnummer dienstlich <sup>1</sup> _____ Handynummer <sup>1</sup> _____<br>E-Mail-Adresse <sup>1</sup> _____<br>Rentenversicherungsnummer _____ Krankenversicherungsnummer _____<br>Geburtsname _____<br>Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____ |  | Nur vom Vertriebspartner auszufüllen<br>GP-Nummer<br><b>7001567688</b><br><b>Meine-Krankenkasse-wechseln.de</b><br>Stempel oder Name, PLZ, Ort _____ |
| <b>Bisherige Krankenversicherung</b><br>Ich war in den letzten 18 Monaten bei folgender Krankenkasse versichert<br>Name _____<br>Ort _____<br><input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert<br><input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> im Ausland versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert<br><input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.                                |  |  |
| <b>Familienversicherung</b><br><input type="checkbox"/> Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen. Der rückseitige Antrag auf Familienversicherung wurde ausgefüllt.  |  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Mitgliedschaft als</b><br><b>(bitte rückseitige Einzugsermächtigung beachten)</b><br><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer<br><input type="checkbox"/> Auszubildender<br><input type="checkbox"/> Praktikant<br><input type="checkbox"/> Schüler<br><input type="checkbox"/> Student <b>(bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)</b><br><input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler<br><input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter<br><input type="checkbox"/> freiberuflicher Künstler/Publizist<br>Bezieher von <b>(bitte Leistungsbescheid beifügen)</b><br><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I<br><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II<br><input type="checkbox"/> Rente, Waisenrente und/oder Versorgungsbezügen<br><input type="checkbox"/> Ich übe noch weitere Beschäftigungen aus<br><input type="checkbox"/> Ich bin außerdem Beamter beziehungsweise selbständig tätig | Mein monatliches Entgelt beträgt<br><input type="checkbox"/> bis 450 Euro<br><input type="checkbox"/> bis 5.062,50 Euro<br><input type="checkbox"/> mehr als 5.062,50 Euro<br>Erhalten Sie Einmalzahlungen (zum Beispiel Weihnachts- oder Urlaubsgeld)? Dann zählen Sie bitte zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen ein Zwölftel der Einmalzahlungen hinzu.<br><b>Bitte ausfüllen, wenn Sie die Mitgliedschaft als Arbeitnehmer, Auszubildender oder Praktikant wählen</b><br>Name Arbeitgeber _____<br>Straße und Hausnummer _____<br>PLZ _____ Ort _____<br>Telefonnummer des Arbeitgebers (bitte unbedingt angeben) _____ Faxnummer des Arbeitgebers _____<br>beschäftigt als _____ Beginn der Beschäftigung _____ |
|---|--|

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Ohne diese Informationen können wir Ihre Mitgliedschaft nicht herstellen.

|  |
|--|
| <b>Freiwillige Angaben<sup>1</sup></b><br><input type="checkbox"/> Ich beantrage die Teilnahme am Bonus Vorsorge <sup>plus</sup> .<br><input type="checkbox"/> Ich bin an regelmäßigen Informationen der HEK per E-Mail interessiert und habe hierfür meine E-Mail-Adresse bei den Angaben zur Person eingetragen.<br><input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die HEK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert beziehungsweise berät.<br>Hinweis: Diese freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden. |
|--|

<sup>1</sup> Die Angaben sind freiwillig und haben auf die Bearbeitung des Mitgliedschaftsantrages keinen Einfluss. Mit den Angaben der Telefonnummer und/oder der E-Mail-Adresse ermöglichen Sie es uns, bei Fragen zu Ihrem Mitgliedschaftsantrag schnell und unbürokratisch Kontakt mit Ihnen aufzunehmen.

|   |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Datum und Unterschrift _____ <b>HEK   DIE BUSINESS-K(L)ASSE</b> |
|---|