

Der einfachste 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

Fax: 040 2286 2176 9



Die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse senden Sie ebenfalls an Meine-Krankenkasse-wechseln.



Nachdem uns die HEK Ihre Mitgliedschaft bestätigt hat, senden wir Ihnen Ihren amazon-Gutschein zu.

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

Für eine Mitgliedschaft als Student bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen und Fragebogen auf der Rückseite ausfüllen.

<p>Angaben zur Person <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>_____ Titel, Name</p> <p>_____ Vorname</p> <p>_____ Straße und Hausnummer Adresszusatz (zum Beispiel bei Schmidt)</p> <p>_____ PLZ Ort</p> <p>_____ Geburtsdatum Telefonnummer privat¹</p> <p>_____ Telefonnummer dienstlich¹ Handynummer¹</p> <p>_____ E-Mail-Adresse¹</p> <p>_____ Rentenversicherungsnummer Krankenversicherungsnummer</p> <p>_____ Geburtsname</p> <p>_____ Geburtsort Staatsangehörigkeit</p>	<p>Nur vom Vertriebspartner auszufüllen GP-Nummer 7001567688</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">Meine-Krankenkasse-wechseln.de</p> <p>Stempel oder Name, PLZ, Ort</p> <hr/> <p>Bisherige Krankenversicherung</p> <p>Ich war in den letzten 18 Monaten bei folgender Krankenkasse versichert</p> <p>_____ Name</p> <p>_____ Ort</p> <p><input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> im Ausland versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert</p> <p><input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.</p> <hr/> <p>Familienversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.</p>
--	--

Ich beziehe Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II Rente, Waisenrente und/oder Versorgungsbezüge (bitte Leistungsbescheid beifügen)

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.

Freiwillige Angaben¹

Ich beantrage die Teilnahme am Bonus Vorsorge^{plus}.

Ich bin an regelmäßigen Informationen der HEK per E-Mail interessiert und habe hierfür meine E-Mail-Adresse bei den Angaben zur Person eingetragen.

Ich bin damit einverstanden, dass die HEK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert beziehungsweise berät.

Hinweis: Diese freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.

¹ 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.

Datum und Unterschrift _____ **HEK | DIE BUSINESS-K(L)ASSE**

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates für Studenten und freiwillig Versicherte (freiwillige Angabe)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000053778
Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: _____

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die HEK über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten und mir die Mandatsreferenznummer mitteilen.

Bitte ziehen Sie die Beiträge rechtzeitig zum gesetzlichen Fälligkeitstermin (zum 15. des Folgemonats) ein.

1. Einzugsermächtigung
Hiermit ermächtige ich die HEK widerruflich, die fälligen Beiträge zu Lasten des genannten Kontos einzuziehen. Die Einzugsermächtigung gilt auch für die Prämie zu einem Wahltarif mit Anspruch auf Krankengeld.

2. SEPA-Lastschriftmandat
Ich ermächtige die HEK, die fälligen Beiträge und die fällige Prämie zu einem Wahltarif mit Anspruch auf Krankengeld von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HEK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Fragebogen für Studenten zur KVdS

Name, Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

Um die Dauer Ihres Anspruches auf Versicherungspflicht in der studentischen Kranken- und Pflegeversicherung (KVdS) prüfen zu können, beantworten Sie bitte nachfolgende Fragen und fügen diesem Mitgliedschaftsantrag Ihre aktuelle Immatrikulationsbescheinigung bei. Die Versicherungspflicht beginnt mit der Einschreibung und endet mit Abschluss des 14. Fachsemesters, spätestens mit Ende des Semesters, in dem Sie Ihr 30. Lebensjahr vollenden. Nur in bestimmten Ausnahmefällen kann diese Frist überschritten werden.

I. Allgemeine Voraussetzungen

<p>1. Sind Sie neben Ihrem Studium beschäftigt?</p> <p>Seit wann üben Sie diese Beschäftigung aus? Ist diese Beschäftigung von vornherein befristet? Üben Sie noch weitere Beschäftigungen aus?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, bei _____ wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden monatlicher Bruttoverdienst _____ Euro</p> <p>seit _____</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, von _____ bis _____</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>
<p>2. Üben Sie eine selbständige Tätigkeit aus? Welcher zeitliche Aufwand ist dafür in der Woche erforderlich? Welches Einkommen (maßgebend sind die Einkünfte im Sinne des Steuerrechts) erzielen Sie monatlich aus dieser Tätigkeit? Beschäftigen Sie Arbeitnehmer?</p>	<p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, ich bin tätig als _____ _____ Stunden</p> <p>_____ Euro brutto</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p>

II. Spezielle Voraussetzungen

1. Welche/s Fach/Fächer studieren Sie?	_____
2. Studieren Sie an einer Fachhochschule oder Universität?	<input type="radio"/> Fachhochschule <input type="radio"/> Universität
3. Name und Anschrift der Ausbildungsstätte Matrikel-Nummer	_____ _____
4. Wann haben Sie mit dem Studium begonnen?	Sommer-/Wintersemester 20 ____
5. Wie viele Semester werden Sie voraussichtlich studieren?	_____ Semester
6. Haben Sie vorher eine oder mehrere Fachrichtungen studiert? Haben Sie dieses Studium abgeschlossen?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, folgende Fachrichtung/en 1. _____ / _____ Semester 2. _____ / _____ Semester
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

Sie können zwischen folgenden zwei Zahlungsmöglichkeiten, die der Gesetzgeber vorgibt, wählen:

- Ich nehme nicht am Bankeinzugsverfahren teil und zahle daher die Beiträge für das Semester im Voraus.
- Bitte ziehen Sie den monatlichen Beitrag bis auf Widerruf ein. Meine Einzugsermächtigung ist beigelegt

Datum

Unterschrift