

## 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.

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

<b>Angaben zur Person</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich _____ Titel, Name _____ Vorname _____ Straße und Hausnummer <span style="float:right">Adresszusatz (zum Beispiel bei Schmidt)</span> _____ PLZ <span style="margin-left: 100px;">Ort</span> _____ Geburtsdatum <span style="margin-left: 100px;">Telefonnummer privat<sup>1</sup></span> _____ Telefonnummer dienstlich <sup>1</sup> <span style="margin-left: 100px;">Handynummer<sup>1</sup></span> _____ E-Mail-Adresse <sup>1</sup> _____ Rentenversicherungsnummer <span style="margin-left: 100px;">Krankenversicherungsnummer</span> _____ Geburtsname _____ Geburtsort <span style="margin-left: 100px;">Staatsangehörigkeit</span> _____	Nur vom Vertriebspartner auszufüllen GP-Nummer <b>7001567688</b>  <b>Meine-Krankenkasse-wechseln.de</b>  Stempel oder Name, PLZ, Ort
	<b>Bisherige Krankenversicherung</b> Ich war in den letzten 18 Monaten bei folgender Krankenkasse versichert Name _____ Ort <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 <input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.
	<b>Familienversicherung</b> <input type="checkbox"/> Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

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 Angaben<sup>1</sup>**

Ich beantrage die Teilnahme am Bonus Vorsorge<sup>plus</sup>.

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.

<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.

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 \_\_\_\_\_

