

Ich wähle die Mitgliedschaft in der Heimat Krankenkasse ab

## Persönliche Angaben

Name, Vorname*		Geburtsdatum* <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich*	
Geburtsname		Telefon, tagsüber erreichbar	Mobilnummer
Straße*   Hausnummer*		E-Mail	
PLZ*	Ort*	Staatsangehörigkeit <sup>1</sup>	
Rentenversicherungsnummer*		Geburtsort <sup>1</sup>	Geburtsland <sup>1</sup>
IBAN		BIC	Bankname

<sup>1</sup> Bitte ausfüllen, falls die Rentenversicherungsnummer nicht zur Hand ist.

## Familienstand

Ledig  Verheiratet  Verwitwet  Geschieden, seit  Mein Ehe-/Lebenspartner nach dem LPartG ist versichert bei

Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden?  Ja  Nein

## Tätigkeit\*

Beschäftigte/-r  Auszubildende/-r  Student/-in [1]  Elternzeit  Sonstige, z. B. Hausfrau/Hausmann [2], Schüler/-in [3]

Selbstständig / freiberuflich [4]  Rentner/-in [5]  ALG-/ALG-II-Bezieher/-in [6]

Nur für Selbstständige / Freiberufler/-innen\*: Ich beantrage:  Gesetzliches Krankengeld (ab der 7. Woche)  Krankentagegeld Wahltarif  Kein Krankengeld

Bitte folgende Nachweise in Kopie beifügen: [1] Immatrikulationsbescheinigung, [2] Einkommensnachweise, [3] Schulbescheinigung, [4] aktueller Steuerbescheid und Gewerbeanmeldung, [5] Rentenbescheide, [6] Bescheid der Agentur für Arbeit.

## Zusätzliche Einnahmen\*

Neben den Einnahmen durch die angegebenen Tätigkeiten erhalte ich zusätzlich:  Versorgungsbezüge  Rente  Ausländische Rente  
Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

## Arbeitgeber

Firmenname*		Telefonnummer der Personalabteilung (falls bekannt)	
Straße*   Hausnummer*		PLZ*	Ort*

## Vorversicherung\*

Ich war zuletzt:  Pflichtversichert  Freiwillig versichert  Familienversichert  Privat versichert<sup>2</sup>  Nicht versichert

Vom  Bis  Letzte Krankenkasse

<sup>2</sup> Bitte die Bescheinigung der privaten Versicherungszeiten beifügen.

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Werbung  Arbeitgeber  Persönliches Umfeld  Sonstiges

**Datenschutzhinweis:** Für die Mitgliedschaft bei der Heimat Krankenkasse benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Diese haben wir entsprechend als Pflichtfeld [\*] gekennzeichnet. Zur Erleichterung unserer Arbeit bitten wir Sie auch um die Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Die Erhebung und Verarbeitung dieser Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Das Einverständnis hierfür können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der Heimat Krankenkasse wahrnehmen (auch per E-Mail unter [datenschutz@heimat-krankenkasse.de](mailto:datenschutz@heimat-krankenkasse.de)). Allgemeine Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz) oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns an. Bei Fragen wenden Sie sich an die Heimat Krankenkasse oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@heimat-krankenkasse.de](mailto:datenschutz@heimat-krankenkasse.de).

Ich bin damit einverstanden, dass die Heimat Krankenkasse meine persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der Heimat Krankenkasse sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der Heimat Krankenkasse informieren und beraten zu können, auch per E-Mail oder Telefon. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. In diesem Fall werden die persönlichen Daten bei der Heimat Krankenkasse gelöscht.

Ja, ich bin einverstanden.

Datum\*  Ort\*

Unterschrift\*



## ► BÜRGERENTLASTUNGSGESETZ

Seit dem 1. Januar 2010 gilt das Bürgerentlastungsgesetz. Das Gesetz ermöglicht eine verbesserte steuerliche Berücksichtigung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen: Freiwillig versicherte Arbeitnehmer, Selbstständige, pflichtversicherte Studenten und Rentner mit Versorgungsbezügen können ihre selbst gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung als Sonderausgaben in der Steuererklärung voll absetzen.

Für die gesetzlichen Krankenkassen gilt dabei eine Mitteilungspflicht. Das heißt: Für den genannten Personenkreis teilt die Heimat Krankenkasse der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung mit. Bei Neumitgliedern erfolgt die Datenübermittlung nur nach vorheriger Zustimmung und bei Vorliegen der Steueridentifikationsnummer. Dazu bitten wir Sie, die unten stehende Einverständniserklärung unterschrieben an uns zurückzuschicken.

**Gut zu wissen:** Die Meldung bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmern erfolgt direkt über den Arbeitgeber.

### Einverständniserklärung zum Bürgerentlastungsgesetz

- Mit der Unterschrift erkläre ich meine Zustimmung, dass die Heimat Krankenkasse meine Steueridentifikationsnummer [Steuer-IdNr.] bei der Finanzbehörde anfordern darf.  
 Ebenfalls stimme ich der jährlichen Übermittlung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an die Finanzbehörde zu, sofern ich zum betroffenen Personenkreis gehöre.

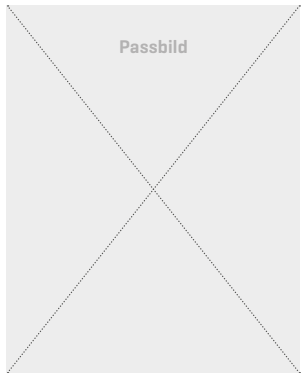
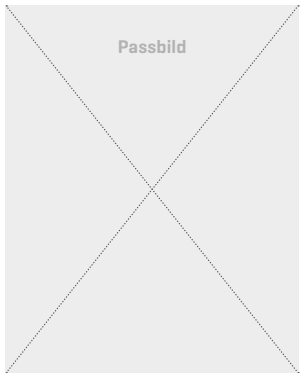
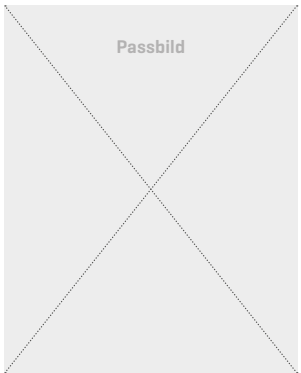
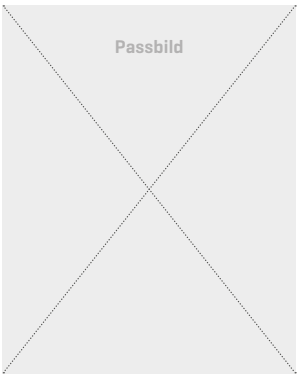
Name, Vorname*	Steuer-IdNr. [falls bekannt]*
Geburtsdatum*	Datum*   Unterschrift*

## ► ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

Damit Sie bei allen Ärzten und Zahnärzten das Leistungsangebot Ihrer Heimat Krankenkasse in Anspruch nehmen können, benötigen Sie eine elektronische Gesundheitskarte (eGK). Diese dient als Nachweis dafür, dass Sie bei uns versichert sind.

Auf der Vorderseite der eGK ist ein Lichtbild integriert, das Sie eindeutig als Karteninhaber ausweist und somit vor Missbrauch schützt. Gerne möchten wir Ihnen zeitnah eine Gesundheitskarte zur Verfügung stellen. Bitte kleben Sie dazu Passbilder von Ihnen und Ihren familienversicherten Angehörigen in die dafür vorgesehenen Felder. Vergessen Sie nicht, unter den Fotos den entsprechenden Namen zu notieren.

Ausgenommen von der Passbildpflicht sind Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, die aus gesundheitlichen Gründen kein Lichtbild erstellen lassen können.

			
Name, Vorname	Name, Vorname	Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum	Geburtsdatum	Geburtsdatum

**Hinweise zur Fotoqualität:** Das Passbild muss aktuell, sauber und unbeschädigt sein und Sie deutlich erkennbar abbilden, optimal ist eine Größe von 35 x 45 mm ohne Rand. Ihr Gesicht sollte dabei eine Höhe von ca. 32 mm haben, der Hintergrund sollte einfarbig ohne störende Gegenstände oder Schatten sein. Ist das Tragen einer Kopfbedeckung aus religiösen Gründen vorgeschrieben, muss das Gesicht dennoch deutlich erkennbar sein. Wir bitten um Verständnis, dass wir Ihnen das Bild nicht zurücksenden können.

### Datenschutzhinweis für die elektronische Gesundheitskarte

Für die Erstellung der elektronischen Gesundheitskarte mit Bild ist es erforderlich, dass die Heimat Krankenkasse sowie der für die Kartenherstellung beauftragte Dienstleister Ihr Foto als digitales Bild speichert und geschützt aufbewahrt. Das Foto selbst wird nach Fertigstellung der Gesundheitskarte vernichtet.

Die Heimat Krankenkasse speichert eine digitale Kopie Ihres Bildes im eigenen System für die Dauer des Versicherungsverhältnisses. Diese Speicherung ist aufgrund des technischen Verfahrens zwingend notwendig. Die Aufbewahrung der Bilddaten ermöglicht es Ihnen, z. B. bei Verlust der Karte, ohne großen Aufwand eine neue Karte anzufordern.

Falls Sie eine Löschung Ihrer Daten vor Ablauf der Aufbewahrungsfrist wünschen, setzen Sie sich einfach mit uns in Verbindung.

**Ich bestätige, dass das oben aufgeklebte Bild / die oben aufgeklebten Bilder mich darstellt / uns darstellen. Mit der Rücksendung dieses Antrages willige ich in die Verarbeitung meiner Daten / unserer Daten gemäß der nebenstehenden Datenschutzerklärung ein.**

Unterschrift

Bei Minderjährigen die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters.