



1 Persönliche Angaben

Geschlecht* Männlich Weiblich Divers Unbestimmt

Titel		Geburtsdatum*	
Name, Vorname*		Geburtsname	
Straße*		Hausnummer*	
Adresszusatz		Geburtsort	
PLZ*		Ort*	
Steuerliche Identifikationsnummer*		Geburtsland	
		Staatsangehörigkeit	
		E-Mail	
		Telefon, tagsüber erreichbar	

Familienstand*:

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG

Ich möchte Familienangehörige beitragsfrei mitversichern: ja nein

2 Angaben zur Tätigkeit

Ich bin Arbeitnehmer/Auszubildender

Firmenname*			
Straße*		Hausnummer*	
PLZ*		Ort*	

Wie hoch ist Ihr monatliches Bruttoentgelt?

Euro/Monat

Ich beziehe Arbeitslosengeld 1

(Bitte Bescheid über den aktuellen Leistungsbezug beifügen)

Ich beziehe Arbeitslosengeld 2

(Bitte Bescheid über den aktuellen Leistungsbezug beifügen)

Ich bin Student

Ich bin in Elternzeit

Ich verfüge über Nebeneinkünfte: ja (Bitte Nachweise in Kopie beifügen) nein

3 Angaben zur Versicherung

Name der aktuellen Krankenversicherung*	
Krankenversicherungsnummer*	oder Sozial- bzw. Rentenversicherungsnummer

Ich habe keine der Nummern vorliegen (Bitte unter „Persönliche Angaben“ eintragen: Geburtsname, Geburtsort, Geburtsland, Staatsangehörigkeit)

Wie sind Sie aktuell versichert?*

Ich bin gesetzlich versichert (Bitte wählen: pflichtversichert freiwillig versichert)

Ich bin familienversichert Ich bin privat versichert Ich bin im Ausland versichert

Anlass des Krankenkassenwechsels:*

Beginn der Versicherungspflicht (z. B. bei Arbeitgeber-Wechsel)

Beginn der Versicherungsberechtigung (bei Beitritt/Wechsel in die freiwillige Versicherung)

Kündigung (nach Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist)

Sonderkündigung (vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist, z. B. bei Erhöhung des Zusatzbeitrages)

Beginn der Mitgliedschaft*:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Werbung Arbeitgeber Persönliches Umfeld Sonstiges:

Hinweis zum Datenschutz

Für die Mitgliedschaft bei der Heimat Krankenkasse benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Diese haben wir als Pflichtfeld (*) gekennzeichnet. Zur Erleichterung unserer Arbeit bitten wir Sie auch um die Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Die Angabe dieser beiden 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). Allgemeine Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter 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.

Einwilligung zur Datennutzung

Ich bin damit einverstanden, dass die Heimat Krankenkasse meine angegebenen Kontaktdaten 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 und um Meinungsforschung durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Einwilligung gilt auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft nicht zustande kommt. Es gelten die in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz genannten Betroffenenrechte.

Ja, ich bin einverstanden

Datum*	Ort*
--------	------

Unterschrift*
