



Mitgliedschaftsantrag für Rentner

1 Persönliche Angaben

Geschlecht* Männlich Weiblich Divers Unbestimmt

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

Familienstand*:

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

Elterneigenschaft*:

Haben Sie Kinder? ja [Bitte Nachweis beifügen] nein

Ich möchte Familienangehörige kostenfrei mitversichern: ja nein

Beihilfeanspruch:

Es besteht ein Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften [bitte Nachweis beifügen]

2 Angaben zur Rentenversicherung

Name und Ort des Rentenversicherungsträgers*

Wie ist Ihr aktueller Rentnerstatus?* Ich bin **pflichtversichert** in der Krankenversicherung der Rentner

Ich bin **freiwillig** versichert

Anlass des Krankenkassenwechsels:* Beginn der Versicherungspflicht

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]

3 Angaben zur Tätigkeit

Ich übe neben meinem Rentenbezug noch eine Beschäftigung aus

Firmenname*

Straße*	Hausnummer*	PLZ*	Ort*
---------	-------------	------	------

Ich übe neben dem Rentenbezug noch eine selbstständige/freiberufliche Tätigkeit aus

Selbstständig/Freiberuflich als:

Anzahl wöchentlicher Arbeitsstunden:

Anzahl der Beschäftigten:

Eine vollständige Kopie meines Einkommensteuerbescheides zur Selbstständigkeit lege ich bei

Ich bin nicht zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung verpflichtet. Eine Bestätigung des Finanzamtes sowie andere Nachweise füge ich bei



Mitgliedschaftsantrag für Rentner

4 Angaben zum Einkommen

[z. B. gesetzliche Renten, Betriebsrenten, Pensionen etc.]

		Auszahlende Stelle:	[Erwarteter] Bezug ab:	Aktenzeichen
4.1	Gesetzliche Rente der deutschen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Weitere gesetzliche Rente der deutschen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
4.2	Monatlicher Versorgungsbezug [z. B. Betriebsrenten] Bitte Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Weiterer monatlicher Versorgungsbezug [z. B. Betriebsrenten] Bitte Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Weiterer monatlicher Versorgungsbezug [z. B. Betriebsrenten] Bitte Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
4.3	Monatliche Renten oder Versorgungsbezüge aus dem Ausland Bitte Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Weitere monatliche Renten oder Versorgungsbezüge aus dem Ausland Bitte Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
4.4	Einmalige Kapitalleistung (Direktversicherungen oder Direktzusagen) Bitte Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Weitere einmalige Kapitalleistung (Direktversicherungen oder Direktzusagen) Bitte Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Weitere einmalige Kapitalleistung (Direktversicherungen oder Direktzusagen) Bitte Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
4.5	Einnahmen aus nicht hauptberuflicher selbständiger bzw. freiberuflicher Tätigkeit Bitte Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Einnahmen aus Gewerbebetrieb (u. a. Photovoltaik) Bitte Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Anderes Arbeitseinkommen lt. Steuerbescheid Bitte Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
4.6	Rente von Versorgungseinrichtungen [z. B. Ärzte, Architekten] Bitte Nachweis beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Sollten noch keine genauen Daten vorliegen, vermerken Sie dies bitte entsprechend in der Spalte und wir kümmern uns um alles Weitere.



Mitgliedschaftsantrag für Rentner

5 Angaben zur Versicherung

Name der aktuellen Krankenversicherung*

Krankenversichertennummer*

oder

Sozial- bzw. Rentenversicherungsnummer

Ich habe keine der Nummern vorliegen

Bitte unter „Persönliche Angaben“ versichern: Geburtsname, Geburtsort, Geburtsland, Staatsangehörigkeit

Beginn der Mitgliedschaft*:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Werbung

Ehemaliger 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

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z. B. Steuerbescheid) vorlegen.

Datum*

Ort*

Unterschrift*