



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

Ich möchte Familienangehörige kostenfrei mitversichern: ja nein

2 Angaben zur Tätigkeit

Grund der freiwilligen Versicherung* Selbstständigkeit Erwerbslos/Haushaltsführende Person Empfänger von Sozialgeld

Beamter (Meister-)Schüler/Student Sonstiges:

Hinweis:

Um die von Ihnen zu zahlenden Beiträge ermitteln zu können, benötigen wir einen detaillierten Einkommensnachweis von Ihnen. Aus diesem Grund erhalten Sie von uns in einem gesonderten Schreiben einen Fragebogen zu Ihrem Einkommen.

3 Angaben zur Versicherung

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

Ich habe keine der Nummern vorliegen

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

Wie sind Sie aktuell versichert?*

Ich bin **gesetzlich** versichert
 Ich bin **familienversichert**
 Ich bin **im Ausland** versichert

Bitte wählen:

pflichtversichert freiwillig versichert

Anlass des Krankenkassenwechsels*:

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 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

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

Unterschrift*
