

1 Persönliche Angaben

Geschlecht Männlich Weiblich Divers Unbestimmt

Titel		Geburtsdatum		Geburtsname	
Name, Vorname		Geburtsort		Geburtsland	
Straße		Hausnummer		Staatsangehörigkeit	
Adresszusatz		IBAN (freiwillige Angabe)			
PLZ		Ort		E-Mail (freiwillige Angabe)	
Steuerliche Identifikationsnummer		Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)			

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPPartG

Elterneigenschaft: Haben Sie Kinder? ja (Bitte Nachweis beifügen) nein

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

(Bitte Bescheid über den aktuellen Leistungsbezug beifügen)

Ich beziehe Bürgergeld (vormals Arbeitslosengeld II)

(Bitte Bescheid über den aktuellen Leistungsbezug beifügen)

Ich bin Student

Ich bin in Elternzeit

Ich beziehe eine gesetzliche Rente

Ich verfüge über Nebeneinkünfte:

Art der Einkünfte (Bitte Nachweise in Kopie beifügen)

3 Angaben zur bisherigen Versicherung

Name der aktuellen Krankenversicherung	von		bis	
Versichertennummer	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 Arbeitgeberwechsel)

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)

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. 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.

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 informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchzuführen (auch per E-Mail, Telefon oder SMS). Die Einwilligung gilt auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft nicht zustande kommt. Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Heimat Krankenkasse ohne nachteilige Folgen widerrufen (auch per E-Mail unter datenschutz@heimat-krankenkasse.de).

Ja, ich bin einverstanden

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift
