

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 - 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 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 selbstständiger 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.

5 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 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. 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

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
-------	-----