

# Antrag HEK Hanseatische Krankenkasse

Versicherungssache.de - Ihr unabhängiger Spezialist für gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherung



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

## ANTRAG HANSEATISCHE KRANKENKASSE ( HEK ) Mitgliedsantrag für Arbeitnehmer

Wechsel Sie zur hier zu Ihrer neuen Krankenkasse mit ausgezeichneten Leistungen und **Zusatzprogrammen**.

### Nur wenige Schritte zu Ihrer Mitgliedschaft bei der HEK

- 1. Kündigen Sie Ihre alte Krankenkasse (Kündigungsfrist 2Monate).**  
Kündigungsmuster/Vordruck können Sie [hier](#) downloaden.
- 2. Drucken Sie Ihren Antrag HEK aus oder fordern Sie [hier](#) Ihre persönlichen Antragsunterlagen an.**
- 3. Ergänzen Sie den Antrag Hanseatische Krankenkasse mit Ihren Angaben.**
- 4. Senden Sie uns Ihren Antrag**

Per Fax: +49 (30) 577 083 509  
Per E-Mail: [kontakt@versicherungssache.de](mailto:kontakt@versicherungssache.de)

Sie erhalten innerhalb kürzester Zeit eine Bestätigung über Ihre neue Mitgliedschaft (Bestätigung für Ihre bisherige Krankenkasse).

Haben Sie noch Fragen, rufen Sie uns bitte an oder besuchen Sie uns auf unserem Vergleichsportal für Versicherungen.

Tel.: 030 / 830 353 □ 80  
E-Mail : [angebot@versicherungssache.de](mailto:angebot@versicherungssache.de)  
Internet: [www.versicherungssache.de](http://www.versicherungssache.de)

Ja, ich beantrage zum  die Mitgliedschaft bei der HEK, die Business-K(l)asse, und sichere mir ein umfassendes Leistungsangebot.

<p><b>Angaben zur Person</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Titel, Name _____</p> <p>Vorname _____ Adresszusatz (zum Beispiel bei Schmidt) _____</p> <p>Straße, Hausnummer _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Geburtsdatum _____ Telefonnummer privat<sup>1</sup> _____</p> <p>Telefonnummer dienstlich<sup>1</sup> _____ Handynummer<sup>1</sup> _____</p> <p>E-Mail-Adresse<sup>1</sup> _____</p> <p>Rentenversicherungsnummer _____ Krankenversicherungsnummer _____</p> <p>Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:</p> <p>Geburtsname _____</p> <p>Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____</p>	<p>Nur vom Vertriebspartner auszufüllen</p> <p><b>Vermittler:</b> 2068014</p> <p>GP-Nummer: _____</p> <p>Stempel oder Name, PLZ, Ort _____</p> <p><b>Bisherige Krankenversicherung</b></p> <p>Ich war die letzten 18 Monate bei folgender Krankenkasse _____</p> <p>Name _____</p> <p>Ort _____</p> <p><input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert  <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> im Ausland versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert</p> <p><input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.</p> <p><b>Familienversicherung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen. Der rückseitige Antrag auf Familienversicherung wurde ausgefüllt.</p>
---	---

<p><b>Mitgliedschaft als:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer  <input type="checkbox"/> Auszubildender  <input type="checkbox"/> Praktikant  <input type="checkbox"/> Schüler  <input type="checkbox"/> Student (<b>Bitte Immatrikulation beifügen und rückseitige Einzugsermächtigung ergänzen</b>)</p> <p><input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler  <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter  <input type="checkbox"/> freiberuflicher Künstler/Publizist</p> <p>Bezieher von (<b>Bitte Leistungsbescheid beifügen</b>):</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I  <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II  <input type="checkbox"/> Rente, Waisenrente und/oder Versorgungsbezügen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich übe noch weitere Beschäftigungen aus.  <input type="checkbox"/> Ich bin außerdem Beamter bzw. selbständig tätig.</p>	<p>Mein monatliches Entgelt beträgt:</p> <p><input type="checkbox"/> bis 450 Euro  <input type="checkbox"/> bis 4.687,50 Euro  <input type="checkbox"/> mehr als 4.687,50 Euro</p> <p>Erhalten Sie Einmalzahlungen (zum Beispiel Weihnachts- oder Urlaubsgeld)? Dann zählen Sie bitte zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen ein Zwölftel der Einmalzahlungen hinzu.</p> <p><b>Bitte ausfüllen, wenn Sie die Mitgliedschaft als Arbeitnehmer, Auszubildender oder Praktikant wählen:</b></p> <p>Name Arbeitgeber _____</p> <p>Straße, Hausnummer _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer des Arbeitgebers (Bitte unbedingt angeben) _____ Faxnummer des Arbeitgebers _____</p> <p>Beschäftigt als _____ Beginn der Beschäftigung _____</p>
---	--

Die Angaben sind zwingend erforderlich, damit wir den Mitgliedschaftsantrag bearbeiten können (Rechtsgrundlage: § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

**Freiwillige Angaben<sup>1</sup>**

Ich beantrage den Zugang zum Online-Kundenzentrum „HEK24“.

Ich melde mich für den E-Mail-Informationsservice der HEK an und erhalte regelmäßig den HEK-Newsletter.

Ich bin damit einverstanden, dass die HEK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert bzw. berät.

Hinweis: Diese freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.

Bitte informieren Sie mich umgehend über:  Präventionsprogramme<sup>2</sup>  Befreiung von Zuzahlungen<sup>2</sup>  Zusatzversicherungsangebote<sup>2</sup>  Chronikerprogramme<sup>2</sup>  Wahltarife<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Die Angaben sind freiwillig und haben auf die Bearbeitung des Mitgliedschaftsantrages keinen Einfluss. Mit den Angaben der Telefonnummer und/oder der E-Mail-Adresse ermöglichen Sie es uns, bei eventuellen Fragen zu Ihrem Mitgliedschaftsantrag schnell und unbürokratisch Kontakt mit Ihnen aufzunehmen, sofern Sie sich damit ausdrücklich einverstanden erklären.

<sup>2</sup> Die Angaben werden nur für die Versendung von Informationsmaterial an Sie genutzt und anschließend gelöscht.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_ **HEK | DIE BUSINESS-K(L)ASSE**

### Antrag auf Familienversicherung

Hiermit beantrage ich die kostenlose Familienversicherung für folgende Angehörige und erkläre, dass sie bei keiner anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner unten genannten Familienangehörigen ändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ich bin verheiratet

Wir benötigen die Angaben Ihres Ehepartners auch dann, wenn die Familienversicherung ausschließlich für Ihre Kinder beantragt wird. Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus, damit wir Ihnen die elektronische/-n Gesundheitskarte/-n rechtzeitig zusenden können. Die Daten werden aufgrund der §§ 10, 284, 289 SGB V erhoben und zur Durchführung der Familienversicherung benötigt.

#### Ehepartner (Die Angaben sind erforderlich, wenn Sie verheiratet sind)

weiblich  männlich

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Ehekunde beifügen)

Vorname

Geburtsdatum

Monatliches Einkommen

Derzeitige Kasse

selbstversichert

Rentenversicherungsnummer

Krankenversicherungsnummer

versichert bis

familienversichert

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

#### Kind

weiblich  männlich

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)

Vorname

Geburtsdatum

Monatliches Einkommen

Derzeitige Kasse

selbstversichert

Rentenversicherungsnummer

Krankenversicherungsnummer

versichert bis

familienversichert

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

#### Kind

weiblich  männlich

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)

Vorname

Geburtsdatum

Monatliches Einkommen

Derzeitige Kasse

selbstversichert

Rentenversicherungsnummer

Krankenversicherungsnummer

versichert bis

familienversichert

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

#### Kind

weiblich  männlich

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)

Vorname

Geburtsdatum

Monatliches Einkommen

Derzeitige Kasse

selbstversichert

Rentenversicherungsnummer

Krankenversicherungsnummer

versichert bis

familienversichert

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

### Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats für Studenten und freiwillig Versicherte (freiwillige Angabe)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ0000053778  
Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: **D** **E**

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die HEK über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten und mir die Mandatsreferenznummer mitteilen.

**Bitte ziehen Sie die Beiträge rechtzeitig zum gesetzlichen Fälligkeitstermin (zum 15. des Folgemonats) ein.**

#### 1. Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die HEK widerruflich, die fälligen Beiträge zu Lasten des genannten Kontos einzuziehen. Die Einzugsermächtigung gilt auch für die Prämie zu einem Wahltarif mit Anspruch auf Krankengeld.

#### 2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die HEK, die fälligen Beiträge und die fällige Prämie zu einem Wahltarif mit Anspruch auf Krankengeld von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HEK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.



Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers