

## Herzlich willkommen bei der hkk!

### Krankentagegeld-Versicherung

**Gewünschter Tarifbeginn** | | | . | | | . | | | | |

Bitte überprüfen und vervollständigen Sie gegebenenfalls Ihre persönlichen Daten

Name .....	Mitgliedsnummer
Vorname .....	Staatsangehörigkeit .....
ggf. Geburtsname .....	Rentenversicherungs-Nr.
Straße, Hausnr. ....	Telefon privat <sup>1)</sup> .....
PLZ, Wohnort	E-Mail privat <sup>1)</sup> .....
Geburtsdatum .....	Telefon geschäftlich <sup>1)</sup> .....
Geburtsort .....	E-Mail geschäftlich <sup>1)</sup> .....

Entscheiden auch Sie sich für eine bequeme monatliche Zahlungsweise? Dann ermächtigen Sie uns gern zum monatlichen Einzug Ihrer Prämie

Kontonummer	Name der Bank .....
Bankleitzahl	Name des Kontoinhabers .....
Unterschrift des Kontoinhabers	

Bitte wählen Sie Ihren Tarif aus

**Für selbstständig Tätige und Arbeitnehmer\*** (\*ohne Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für mindestens 6 Wochen bei Arbeitsunfähigkeit)

- Tarif KT 29** (Krankentagegeld ab dem 29. Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit)  
 Voraussetzung: Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld
- Tarif KT 29 plus** (Krankentagegeld ab dem 29. Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit)  
 Voraussetzungen: Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld und Höhe des Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zwischen monatlich 4.285,80 EUR und 8.571.60 EUR
- Tarif KT 43 plus** (Krankentagegeld ab dem 43. Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit)  
 Voraussetzungen: Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld und Höhe des Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zwischen monatlich 4.285,80 EUR und 8.571.60 EUR
- Tarif KT 183 plus** (Krankentagegeld ab dem 183. Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit)  
 Voraussetzungen: Versicherung ohne Anspruch auf Krankengeld und Höhe des Arbeitseinkommens/Arbeitsentgelts zwischen monatlich 4.285,80 EUR und 8.571.60 EUR

**Für Künstler und Publizisten** (pflichtversichert über die Künstlersozialkasse)

- Tarif KT 15** (Krankentagegeld ab dem 15. Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit)

Sofern uns noch kein aktueller Einkommensteuerbescheid vorliegt, bitten wir für die Ermittlung der Prämie um Zusendung einer Kopie.

**Ergänzende Angaben**

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig? | | Nein | | Ja, seit dem ..... Voraussichtliches Ende der Arbeitsunfähigkeit .....

Beziehen Sie eine Rente oder rentenähnliche Einnahmen? | | Nein | | Ja .....

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren; das gilt insbesondere, wenn sich mein Bruttoeinkommen verändert.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten dauerhaft, auch über eine Beendigung der Versicherung oder eine erfolgte Kündigung hinaus oder bis auf Widerruf zur schriftlichen und ggf. auch telefonischen Kontaktaufnahme durch die hkk gespeichert und genutzt werden dürfen, um mich über Produkte und Leistungen der hkk zu informieren und zu beraten.

Ort, Datum ..... Unterschrift .....

<sup>1)</sup> Freiwillige Angabe