

## Herzlich willkommen bei der hkk!

### Ja, ich werde als Rentner/in Mitglied bei der hkk ab

#### 1 Angaben zur Person

Name	Geburtsort
ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße, Hausnr.	Staatsangehörigkeit
PLZ, Wohnort	Familienstand
Telefon <sup>1)</sup>	Rentenversicherungsnr.
E-Mail <sup>1)</sup>	Steuer-Identifikationsnr.
	Kinder <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <b>Bitte Nachweis beifügen.</b>

#### 2 Angaben zum Versicherungsverhältnis

Ich erhalte seit dem \_\_\_\_\_

eine monatliche Rente von:  Deutsche Rentenversicherung Bund /der Länder  
 Andere:  
 Versorgungsbezüge (Betriebsrenten, Pensionen, etc.)

Name und Anschrift der Zahlstelle: \_\_\_\_\_ monatlicher Bruttobetrag: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ EUR  
\_\_\_\_\_ EUR

**Bitte Kopien der jeweiligen letzten Rentenmitteilung beifügen!**

Ich bin selbstständig  Nein  Ja

Falls ja, monatliche Einkünfte \_\_\_\_\_ EUR **Bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen!**

Wöchentlicher Zeitaufwand \_\_\_\_\_ Stunden

Zuletzt vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als  Mitglied  Familienangehörige/r

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Von der Kranken- oder Pflegeversicherungspflicht befreit <sup>2)</sup>  Nein  Ja

#### 3 Einwilligung und Datenschutz

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen werde ich die hkk umgehend informieren.

- Ich willige ein, dass die hkk meine personenbezogenen Daten erhebt, um mich schriftlich, telefonisch oder elektronisch über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Die Daten werden nur für diesen Zweck verarbeitet und nach den gesetzlichen Vorgaben gelöscht. Eine Weiterleitung an Dritte erfolgt nicht. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich bei der hkk widerrufen werden. Ohne diese Einwilligung fehlt der hkk die Möglichkeit, mich aktuell über weitere Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren.
- Ich willige ein, dass die hkk im Rahmen der Mitteilungspflichten meine Steueridentifikationsnummer erfragen darf und die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten Beiträge, Zusatzbeiträge und Prämien an die Finanzverwaltung übermittelt (§ 10 Abs. 2a Satz 4 EStG). Die hkk unterrichtet mich schriftlich über die Höhe der übermittelten Beiträge. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres erfolgen, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll.
- Ich bitte um Zusendung des hkk Newsletters mit interessanten Infos rund um Gesundheit und meine hkk.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter [hkk.de/datenschutz](http://hkk.de/datenschutz).

<sup>1)</sup> Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig.

<sup>2)</sup> Wenn ja, bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen.

Hinweis: Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet.

\_\_\_\_\_

Interne hkk Seriennummer  
(Wird von der hkk ausgefüllt)

1 7 2 0 3 3 6 - \_\_\_\_\_

Berater (Wird von der hkk ausgefüllt)