

Herzlich willkommen bei der hkk!

Ja, ich werde als Arbeitnehmer Mitglied bei der hkk ab

1 Angaben zur Person

Name	Geburtsort			
ggf. Geburtsname	Geburtsdatum			
Vorname	Geschlecht	männlich	weiblich	divers
Straße, Hausnr.	Staatsangehörigkeit			
PLZ, Wohnort	Familienstand			
Telefon ¹⁾	Rentenversicherungsnr.			
E-Mail ¹⁾	Steuer-Identifikationsnr.			

2 Angaben zum Versicherungsverhältnis

Name des Arbeitgebers			
Straße, Hausnr.			
PLZ, Ort			
Telefon ¹⁾			
Ich bin bei meinem Arbeitgeber beschäftigt seit		Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse habe ich beigelegt bzw. sende ich Ihnen kurzfristig zu.	
Mein Beschäftigungsverhältnis beginnt am		Mit Beginn meines neuen Beschäftigungsverhältnisses möchte ich zur hkk wechseln.	Nein Ja
Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet bis		Das Beschäftigungsverhältnis ist unbefristet.	Ja
Ich bin tätig als		Arbeitnehmer m/w/d	Auszubildender m/w/d
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt	EUR	Wöchentliche Arbeitszeit	Stunden
Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitgeber	Nein Ja, welches?		
Sind Sie an dem Unternehmen beteiligt	Nein Ja, die Verträge sind beigelegt		
In den letzten 18 Monaten vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als	Mitglied	Familienangehöriger m/w/d	
von	bis		
Name und Anschrift der Krankenkasse			
Ich bin selbstständig tätig	Nein Ja	Beamter / Pensionär m/w/d	Nein Ja
Rentenbezug / rentenähnliche Einnahmen ²⁾	Nein Ja	Mehrfachbeschäftigung	Nein Ja
Rentantrag gestellt	Nein Ja	Student m/w/d	Nein Ja
Von der Versicherungspflicht zur Kranken-/Pflege- oder Rentenversicherung befreit ²⁾			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 bitte um Zusendung des hkk Newsletters mit interessanten Infos rund um Gesundheit und meine hkk.

Ort, Datum

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

Unterschrift

¹⁾ Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig.
²⁾ Wenn ja, bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen.

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.

hkk_krankenkasse01_arbeitnehmer_122019