

Herzlich willkommen bei der hkk!

Ja, ich werde als Rentner 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.			
	Kinder ²⁾	Nein	Ja	Bitte Nachweis beifügen.

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	
In den letzten 12 Monaten vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als	Mitglied m/w/d	Familienangehöriger m/w/d
von	bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse		
Von der Kranken- oder Pflegeversicherungspflicht 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	Unterschrift
Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter hkk.de/datenschutz	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.

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

Interne hkk Seriennummer (Wird von der hkk ausgefüllt)	1	7	2	0	3	3	6	-				-							
	Berater (Wird von der hkk ausgefüllt)																		