

Mitglied werden bei der

## HEK - Hanseatische Krankenkasse

Ganz einfach:

1. Bitte drucken Sie den auf der nächste Seite folgenden Mitgliedschaftsantrag aus.
2. Bitte persönliche Daten eintragen und unterschreiben lassen.
3. Falls die Kündigungsbestätigung der bisherigen Kasse noch nicht vorliegt, bitte Kündigung veranlassen. Ein Musterschreiben finden Sie hier auf der letzten Seite.
4. Antrag und Kündigungsbestätigung bitte auf einen der folgenden Wege direkt zu uns schicken:
  - per Email an [antrag@DieLehrerBerater.de](mailto:antrag@DieLehrerBerater.de) senden
  - per Post an  
DieLehrerBerater.de – Gartenstraße 21 – 79098 Freiburg
5. Die neue Krankenkasse verschickt eine Kundenbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung
6. Fertig. Sie kommen in den Genuss aller Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse.

**Hinweise:** Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab ein Beratungsgespräch in Anspruch nehmen. Ob und in wie weit eine Kündigung sinnvoll ist. Terminvereinbarung unter 0761-21702923 oder per E-Mail [info@DieLehrerBerater.de](mailto:info@DieLehrerBerater.de)  
**Datenschutz:** Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.  
Mehr Infos auf <https://dielehrerberater.de/datenschutz/>

Ja, ich beantrage zum            die Mitgliedschaft bei der HEK | DIE BUSINESS-K(L)ASSE und sichere mir ein umfassendes Leistungsangebot.

<b>Angaben zur Person</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Nur vom Vertriebspartner auszufüllen GP-Nummer <b>7000031818</b>
Titel, Name _____ Vorname _____ Straße und Hausnummer _____ Adresszusatz (zum Beispiel bei Schmidt) _____ PLZ Ort _____ Geburtsdatum _____ Telefonnummer privat <sup>1</sup> _____ Telefonnummer dienstlich <sup>1</sup> Handynummer <sup>1</sup> _____ E-Mail-Adresse <sup>1</sup> _____ Rentenversicherungsnummer Krankenversicherungsnummer _____ Geburtsname _____ Geburtsort Staatsangehörigkeit _____		Stempel oder Name, PLZ, Ort _____ <b>Bisherige Krankenversicherung</b> Ich war in den letzten 18 Monaten bei folgender Krankenkasse versichert Name _____ Ort <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.
		<b>Familienversicherung</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen. Der rückseitige Antrag auf Familienversicherung wurde ausgefüllt.

<b>Mitgliedschaft als</b> <b>(bitte rückseitige Einzugsermächtigung beachten)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Student <b>(bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)</b> <input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> freiberuflicher Künstler/Publizist Bezieher von <b>(bitte Leistungsbescheid beifügen)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> Rente, Waisenrente und/oder Versorgungsbezügen <input checked="" type="checkbox"/> Ich übe noch weitere Beschäftigungen aus <input checked="" type="checkbox"/> Ich bin außerdem Beamter beziehungsweise selbständig tätig	Mein monatliches Entgelt beträgt <input checked="" type="checkbox"/> bis 450 Euro <input type="checkbox"/> bis 5.062,50 Euro <input type="checkbox"/> mehr als 5.062,50 Euro Erhalten Sie Einmalzahlungen (zum Beispiel Weihnachts- oder Urlaubsgeld)? Dann zählen Sie bitte zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen ein Zwölftel der Einmalzahlungen hinzu. <b>Bitte ausfüllen, wenn Sie die Mitgliedschaft als Arbeitnehmer, Auszubildender oder Praktikant wählen</b> Name Arbeitgeber _____ Straße und Hausnummer _____ PLZ Ort _____ Telefonnummer des Arbeitgebers (bitte unbedingt angeben) Faxnummer des Arbeitgebers _____ beschäftigt als _____ Beginn der Beschäftigung _____
---	---

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Ohne diese Informationen können wir Ihre Mitgliedschaft nicht herstellen.

<b>Freiwillige Angaben<sup>1</sup></b> <input type="checkbox"/> Ich bin an regelmäßigen Informationen der HEK per E-Mail interessiert und habe hierfür meine E-Mail-Adresse bei den Angaben zur Person eingetragen. <input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die HEK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert beziehungsweise berät. Hinweis: Diese freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.
--

<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 Fragen zu Ihrem Mitgliedschaftsantrag schnell und unbürokratisch Kontakt mit Ihnen aufzunehmen.

<input checked="" type="checkbox"/> Datum und Unterschrift _____ <b>HEK   DIE BUSINESS-K(L)ASSE</b>
---

### 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 selbst Mitglied einer Krankenkasse werden. Für meine Kinder ab 23 Jahren habe ich eine aktuelle Schul- oder Studienbescheinigung beigefügt.
- Ich bin verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft  
Wir benötigen die Angaben Ihres Ehepartners/Lebenspartners auch dann, wenn die Familienversicherung ausschließlich für Ihre Kinder beantragt wird. Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus, damit wir Ihnen die Gesundheitskarte/-n rechtzeitig zusenden können. Die Daten werden aufgrund der §§ 10, 284, 289 Sozialgesetzbuch V erhoben und zur Durchführung der Familienversicherung benötigt.

Ehepartner/Lebenspartner (Die Angaben sind erforderlich, wenn Sie verheiratet sind oder sich in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft befinden)  weiblich  männlich

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Ehekunde beifügen)	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kind  weiblich  männlich  leibliches Kind  Stiefkind  Pflegekind  Enkel

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kind  weiblich  männlich  leibliches Kind  Stiefkind  Pflegekind  Enkel

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kind  weiblich  männlich  leibliches Kind  Stiefkind  Pflegekind  Enkel

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates für Studenten und freiwillig Versicherte (freiwillige Angabe)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ0000053778  
Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN:

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.

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

An

[Redacted]

Bisherige Krankenkasse

[Redacted]

Straße, Hausnummer

[Redacted]

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:** [Redacted]  
**Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung zum nächstmöglichen Zeitpunkt.  
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

[Redacted]

Name

[Redacted]

Straße, Hausnummer

[Redacted]

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

[Redacted]

Datum

Unterschrift