

Heimat Krankenkasse

Heimat Krankenkasse



# Mitgliedschaftsantrag

## 1 Persönliche Angaben

Geschlecht  Männlich  Weiblich  Divers  Unbestimmt

Titel		Geburtsdatum	
Name, Vorname		Geburtsname	
Straße		Hausnummer	
Adresszusatz		Geburtsort	
PLZ		Ort	
Steuerliche Identifikationsnummer		Geburtsland	
		Staatsangehörigkeit	
		E-Mail (freiwillige Angabe)	
		Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)	

### Familienstand:

ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet  eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG

Ich möchte Familienangehörige beitragsfrei mitversichern:  ja  nein

## 2 Angaben zur Tätigkeit

Ich bin Arbeitnehmer/Auszubildender

Firmenname			
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	

Wie hoch ist Ihr monatliches Bruttoentgelt?

 Euro/Monat

Ich beziehe Arbeitslosengeld I  
(Bitte Bescheid über den aktuellen Leistungsbezug beifügen)

Ich beziehe Arbeitslosengeld II  
(Bitte Bescheid über den aktuellen Leistungsbezug beifügen)

Ich bin Student

Ich bin in Elternzeit

Ich ver füge über Nebeneinkünfte:  ja (Bitte Nachweise in Kopie beifügen)  nein

## 3 Angaben zur bisherigen Versicherung

Name der aktuellen Krankenversicherung	von		bis	
Versichertennummer	oder	Sozial- bzw. Rentenversicherungsnummer		

Ich habe keine der Nummern vorliegen (Bitte unter „Persönliche Angaben“ eintragen: Geburtsname, Geburtsort, Geburtsland, Staatsangehörigkeit)

Wie sind Sie aktuell versichert?  Ich bin gesetzlich versichert (Bitte wählen:  pflichtversichert  freiwillig versichert)  
 Ich bin familienversichert  Ich bin privat versichert  Ich bin im Ausland versichert

Anlass des Krankenkassenwechsels:  Beginn der Versicherungspflicht (z. B. bei Arbeitgeberwechsel)  
 Beginn der Versicherungsberechtigung (bei Beitritt/Wechsel in die freiwillige Versicherung)  
 Kündigung (nach Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist)  
 Sonderkündigung (vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist, z. B. bei Erhöhung des Zusatzbeitrages)

Beginn der Mitgliedschaft:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Werbung  Arbeitgeber  Persönliches Umfeld  Sonstiges:

### Hinweis zum Datenschutz

Für die Mitgliedschaft bei der Heimat Krankenkasse benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Allgemeine Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz) oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns an.

### Einwilligung zur Datennutzung

Ich bin damit einverstanden, dass die Heimat Krankenkasse meine angegebenen Kontaktdaten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der Heimat Krankenkasse sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchzuführen (auch per E-Mail, Telefon oder SMS). Die Einwilligung gilt auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft nicht zustande kommt. Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Heimat Krankenkasse ohne nachteilige Folgen widerrufen (auch per E-Mail unter [datenschutz@heimat-krankenkasse.de](mailto:datenschutz@heimat-krankenkasse.de)).

Ja, ich bin einverstanden

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift
--------------

# Wechselmitteilung an Arbeitgeber

**An:**

**Absender:**

Arbeitgeber

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

PLZ Ort

## **Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift