

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

Angaben zur Person <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Nur vom Vertriebspartner auszufüllen		GP-Nummer
Titel, Name _____ Vorname _____ Straße und Hausnummer _____ Adresszusatz (zum Beispiel bei Schmidt) _____ PLZ _____ Ort _____ Geburtsdatum _____ Telefonnummer privat ¹ _____ Telefonnummer dienstlich ¹ _____ Handynummer ¹ _____ E-Mail-Adresse ¹ _____ Rentenversicherungsnummer _____ Krankenversicherungsnummer _____ Geburtsname _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____		Stempel oder Name, PLZ, Ort		Bisherige Krankenversicherung Ich war in den letzten 18 Monaten bei folgender Krankenkasse versichert Name _____ Ort _____ <input 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 type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.
Mitgliedschaft als (bitte rückseitige Einzugsermächtigung beachten) <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Student (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen) <input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> freiberuflicher Künstler/Publizist Bezieher von (bitte Leistungsbescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> Rente, Waisenrente und/oder Versorgungsbezügen <input type="checkbox"/> Ich übe noch weitere Beschäftigungen aus <input type="checkbox"/> Ich bin außerdem Beamter beziehungsweise selbständig tätig		Mein monatliches Entgelt beträgt <input 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.		Familienversicherung <input type="checkbox"/> Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen. Der rückseitige Antrag auf Familienversicherung wurde ausgefüllt.
		Bitte ausfüllen, wenn Sie die Mitgliedschaft als Arbeitnehmer, Auszubildender oder Praktikant wählen 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.

Freiwillige Angaben¹

Ich bin an regelmäßigen Informationen der HEK per E-Mail interessiert und habe hierfür meine E-Mail-Adresse bei den Angaben zur Person eingetragen.

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.

¹ 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.

Datum und Unterschrift _____ **HEK | DIE BUSINESS-K(L)ASSE**

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 Eheurkunde beifügen)		Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse	<input type="checkbox"/> selbst versichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> familienversichert
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse	<input type="checkbox"/> selbst versichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> familienversichert
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse	<input type="checkbox"/> selbst versichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> familienversichert
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse	<input type="checkbox"/> selbst versichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> familienversichert
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<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

Informationen zum Datenschutz bei der Hanseatischen Krankenkasse (HEK)

Alle von uns erhobenen Daten unterliegen einem besonderen Schutz, dem Sozialdatenschutz nach den Sozialgesetzbüchern (SGB) und insbesondere der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO). Wir erheben, verarbeiten und verwenden Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen dieser Bestimmungen.

Aufgrund der gesetzlichen Regelungen sind wir verpflichtet, Sie über Ihre Rechte als Betroffener zu informieren, soweit wir Daten bei Ihnen erheben, einem anderen Zweck zuführen beziehungsweise einem befugten Dritten übermitteln.

Der Zweck der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt jeweils nur für den zur Erhebung geführten Zweck. Die Verarbeitung erfolgt insofern zur Beratung, Prüfung und Durchführung der Familienversicherung, einer versicherungspflichtigen Mitgliedschaft oder einer freiwilligen Versicherung.

Darüber hinaus erfolgt die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zur Klärung, zur Sicherung oder zur Beendigung Ihres Versicherungsschutzes sowie für die Ausstellung einer Mitgliedsbescheinigung gegenüber einer zur Meldung verpflichteten Stelle (z.B. Arbeitgeber, Arbeitsamt, Rentenversicherung).

Die Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Sozialdaten erfolgt nach § 67 SGB X, § 284 SGB V und § 94 SGB XI bei der Hanseatischen Krankenkasse und Pflegekasse. Zur Führung des Versichertenverzeichnisses werden die Daten nach § 288 SGB V und § 99 SGB XI erhoben. Zusätzlich beruft sich die Auskunftspflicht für den Arbeitgeber auf § 98 SGB X und die Auskunftspflicht im Rahmen der Familienversicherung und der freiwilligen Versicherung für Angehörige auf § 99 SGB X. Für die gemeinsame Nutzung von personenbezogenen Daten zwischen der Krankenkasse und Pflegekasse gilt die Rechtsgrundlage § 96 SGB X. Darüber hinaus sind für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten folgende Rechtsgrundlagen notwendig:

Krankenkassenwechsel	§ 175 SGB V
Familienversicherung	Nachweispflicht bei Familienversicherung gemäß § 289 SGB V, § 100 SGB XI
Datenübermittlung BA/Kommunen - DÜBAK	§ 5 Abs. 1 Nr. 2 und 2a SGB V
Wehrdienstes/Wehrübung/Eignungsübung	§ 16 SGB V, § 193 SGB V
Abhängige Beschäftigung gegen Entgelt (DEÜV)	§ 28a SGB IV, Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV)
Entsendung	§ 4, 5 SGB IV, Verordnung (EG) 883/2004
Versicherungspflichtige Mitgliedschaft	§ 5 SGB V
Freiwillige Mitgliedschaft	§ 9 SGB V
Familienversicherung	§ 10 SGB V
Obligatorische Anschlussversicherung	§ 188 SGB V

Die Empfänger und Kategorien der Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten

Die Archivierung von Papierdokumenten Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt durch die Firma REISSWOLF in Hamburg und die Vernichtung erfolgt durch die Firma Rhenus Data Office GmbH. Die Cocq Datendienst GmbH führt im Auftrag der HEK für Einzugsermächtigungen und ausgewählte Dokumentenarten im Rahmen der Familienversicherung und freiwilligen Versicherung eine elektronische Archivierung durch. Zur Durchführung von Amtshilfeersuchen und zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben können Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten außerdem die Pflegekassen, die Rentenversicherungsträger, die Unfallversicherungsträger sowie Bundesagenturen für Arbeit und die Jobcenter sein. Für die Erstellung unserer Schreiben ist der Druckdienstleister die DAK-Druckerei zuständig.

Die Speicherdauer Ihrer personenbezogenen Daten oder Kriterien zur Festlegung dieser

Sobald Ihre personenbezogenen Daten für die vorgenannten Zwecke der Aufgabenerfüllung nicht mehr erforderlich sind, werden sie von uns gelöscht. Hierbei berücksichtigen wir gesetzliche Aufbewahrungsfristen und die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) aufgelisteten Aufbewahrungsfristen, die in der Regel zwischen sechs und zehn Jahren liegen. Des Weiteren kann es vorkommen, dass Ihre personenbezogenen Daten für den Zeitraum aufbewahrt werden müssen, in dem Ansprüche geltend gemacht werden können (mindestens die gesetzlichen Verjährungsfristen von vier Jahren nach dem Sozialrecht). Eine Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen.

Die möglichen Folgen einer Nichtbereitstellung der Daten, wenn Sie zur Bereitstellung verpflichtet sind

Sofern eine Nichtbereitstellung der Daten aufgrund fehlender Mitwirkung erfolgt, wenn Sie dazu verpflichtet sind, kann die Beendigung Ihres derzeitigen Versicherungsverhältnisses oder die Nichtdurchführung Ihrer Versicherung die Folge sein. Im Anschluss kann es zur Fortführung Ihrer Versicherung als freiwillige Versicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V kommen mit der Festsetzung Ihrer Beiträge aus dem Höchstbeitrag in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Ihr Widerrufsrecht bestehender Einwilligungen

Von Ihnen erteilte Einwilligungen zu der Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten für einen oder mehrere Zwecke nach Artikel 6 oder Artikel 9 EU-DSGVO können Sie jederzeit widerrufen. Wir stellen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Erhalt Ihres Widerrufs umgehend ein.

Ihr Recht auf Information über Zweckänderung der Daten

Sofern die HEK beabsichtigt, Ihre personenbezogenen Daten für einen abweichenden Zweck weiterzuverarbeiten, haben Sie das Recht auf Information darüber. Die HEK informiert Sie vor der Weiterverarbeitung über den abweichenden Zweck und Sie erhalten alle maßgeblichen Informationen.

Ihr Auskunftsrecht

Sie haben die Möglichkeit eine Auskunft von der HEK zu erhalten, ob Sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden. Ist dies der Fall, so erhalten Sie auf Wunsch Informationen über diese Daten und deren Verarbeitung.

Ihr Recht auf Berichtigung

Wir berichtigen Ihre Daten, falls Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person gespeichert sind. Bitte informieren Sie uns, wir werden die Berichtigung umgehend durchführen. Wir teilen zudem allen Empfängern, denen Ihre personenbezogenen Daten rechtskonform offengelegt wurden, jede Berichtigung oder Löschung der personenbezogenen Daten mit. Wir informieren Sie über die Empfänger, sofern Sie diese Information wünschen.

Ihr Recht auf Löschung

Die HEK löscht Ihre personenbezogenen Daten, wenn

- ihre Speicherung unzulässig ist,
- bei Widerruf der von Ihnen erteilten Einwilligung,
- bei Widerspruch gegen die Datenverarbeitung,
- bei rechtlicher Verpflichtung (zum Beispiel für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen)
- oder die Kenntnis Ihrer Daten nicht mehr für die Erfüllung des Zwecks der Speicherung erforderlich ist.

Eine Löschung wird durchgeführt, soweit die Daten nicht zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen erforderlich sind.

Ihr Recht auf Mitteilungspflicht

Die HEK teilt allen Empfängern, denen Ihre personenbezogenen Daten rechtskonform offengelegt wurden, jede Berichtigung oder Löschung der personenbezogenen Daten oder eine Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 16, Artikel 17 und Artikel 18 EU-DSGVO mit, es sei denn, dies erweist sich als unmöglich oder ist mit einem unverhältnismäßigen Aufwand für die HEK verbunden. Wir informieren Sie über die Empfänger, sofern Sie diese Information wünschen.

Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Sie können von der HEK die Einschränkung der Verarbeitung verlangen, wenn

- Sie die Richtigkeit Ihrer Daten bestreiten,
- die Verarbeitung der HEK unrechtmäßig ist,
- sich der Zweck der Verarbeitung erledigt hat, die Daten aber zur Geltendmachung Ihrer Rechtsansprüche notwendig sind
- oder Sie einen Widerspruch nach Artikel 21 EU-DSGVO gegen die Verarbeitung eingereicht haben. Dann erfolgt die Einschränkung bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens.

Soweit Ihre Daten nur noch eingeschränkt verarbeitet werden, dürfen die Daten nur

- mit Ihrer Einwilligung,
- zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen,
- zum Schutz der Rechte einer anderen natürlichen oder juristischen Person
- oder aus Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses

verarbeitet werden.

Ihr Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir stellen Ihnen, auf Nachfrage, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung, soweit nicht der Ausschlussgrund des Artikel 20 Absatz 3 EU-DSGVO vorliegt. Sie haben die Möglichkeit, diese Daten anschließend einer anderen verantwortlichen Stelle zu übermitteln. Sofern die technische Möglichkeit besteht, übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten, auf Ihren Wunsch hin, auch direkt.

Ihr Widerspruchsrecht

Sie können jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten Widerspruch einlegen. Die HEK verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten nach Erhalt des Widerspruchs nicht weiter. Sollten jedoch zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung vorliegen, die Ihren Interessen, Rechten und Freiheiten überwiegen oder die Verarbeitung der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen dient, ist eine Verarbeitung weiterhin notwendig und Ihrem Widerspruch kann nicht stattgegeben werden.

Ihr Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Sollten Sie mit der Datenverarbeitung der HEK nicht zufrieden sein, haben Sie das Recht sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Folgende Aufsichtsbehörde ist zuständig: Bundesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstraße 30, 53117 Bonn.

Automatisierte Einzelfallentscheidung

Ausschließlich automatisierte Einzelfallentscheidungen gemäß Artikel 22 EU-DSGVO finden bei der HEK nicht statt.

Die verantwortliche Stelle

Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
E-Mail: kontakt@hek.de

Der Datenschutzbeauftragte der HEK

Hanseatische Krankenkasse
Datenschutzbeauftragter
Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
E-Mail: datenschutz@hek.de

Ihre Fragen beantwortet Ihnen das HEK-Team Direkt gern unter der kostenfreien Rufnummer 0800 0213213.