

HEK Service-Team: 0800 0 213 213 (kostenfrei)
E-Mail: wahltarife@hek.de

Name, Vorname

Versichertennummer

Age Group	Number of People (Millions)
15-19	15
20-24	10
25-29	25
30-34	10
35-39	25
40-44	10
45-49	10
50-54	10
55-59	10
60-64	10
65-69	10
70-74	10
75-79	10
80-84	10
85-89	10
90-94	10
95-99	10

Geburtsdatum				

Ich bin über die Möglichkeiten des Wahltarifes und die dreijährige Bindung an die HEK informiert und entscheide mich ab 01. _____ 20 _____ für diesen Tarif:

HEKflex

Diese Leistungen nehme ich voraussichtlich nicht in Anspruch:

- ☐ ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen sowie Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter
- ☐ Fahrkosten
- ☐ Haushaltshilfe
- ☐ häusliche Krankenpflege
- ☐ Osteopathie

Bitte erstatten Sie mir die Prämie auf nachfolgendes Konto und verwenden Sie zur Übermittlung des Prämienanspruchs an das Finanzamt folgende Steueridentifikationsnummer:

| | | | | | | | | | |

Steueridentifikationsnummer					

Kreditinstitut (Name)

Age Group	Percentage
18-24	28%
25-34	22%
35-44	18%
45-54	15%
55-64	12%
65-74	10%
75-84	8%
85+	7%

IBAN

Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend)

 Datum und Unterschrift