

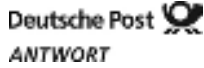
Mitglied werden bei der

TK - Techniker 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 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
Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.
Mehr Infos auf <https://dielehrerberater.de/datenschutz/>



Techniker Krankenkasse
20903 Hamburg

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Vers.-Nr. _____

Familienversicherung

Mein Ehe-/Lebenspartner* soll
beitragsfrei mitversichert werden ab _____
Tag Monat Jahr

Mein/e Kind/er soll/en
beitragsfrei mitversichert werden ab _____
Tag Monat Jahr
Bitte ein Datum angeben. Fehlende Angaben
oder Angaben wie „ab sofort“ sind nicht rechtsgültig.

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft
- Geburt meines Kindes
- Beendigung vorheriger Mitgliedschaft meines Angehörigen
- Sonstiges _____
- Heirat

Familienstand

- verheiratet
- ledig
- eingetragene Lebenspartnerschaft*
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

Bisherige Krankenversicherung

- Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse
- Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse
- privat versichert/nicht gesetzlich versichert

Krankenversicherung _____

Ehepartner oder Lebenspartner*

Auch wenn Sie Ihren Ehe-/Lebenspartner* nicht bei uns mitversichern
möchten, benötigen wir folgende Angaben von Ihnen.

Name _____
Bei abweichendem Nachnamen zum Mitglied fügen Sie bitte eine
Heiratsurkunde bei.

Vorname _____

ggf. TK-Versicherungs-Nr. _____

Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr

Rentenversicherungs-Nr. _____
Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte
angeben:

Geburtsname _____

Geburtsort und -land _____

Staatsangehörigkeit _____

* nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

ggf. abweichende Anschrift

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Bisherige Krankenversicherung des Ehe-/Lebenspartners*

- Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse
- Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse
- privat versichert/nicht gesetzlich versichert

Wenn keine gesetzliche Krankenversicherung vorliegt und Ihre Kinder
versichert werden sollen, bitte einen Einkommensnachweis beifügen.

von _____ - _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Name der Krankenversicherung _____

Familienversicherung aus der Mitgliedschaft von Name, Vorname

Mein Ehe-/Lebenspartner*

hat eigenes Einkommen ja nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Punkte für Ihren Ehe-/Lebenspartner*:

Beschäftigung (auch Minijob) seit dem _____
Tag Monat Jahr

durchschnittliches Bruttoarbeits-
entgelt monatlich EUR _____

selbstständige Tätigkeit seit dem _____
Tag Monat Jahr

durchschnittlicher Gewinn monatlich EUR _____

durchschnittliche Arbeitszeit
wöchentlich Stunden _____

selbstständige Tätigkeit als Tagesmutter-/vater ja nein

Arbeitslosengeld II seit dem _____
Tag Monat Jahr

Versorgungsbezüge/Betriebsrenten,
ausländische, gesetzliche oder
sonstige Renten; monatl. Zahlbetrag EUR _____

sonstige durchschnittliche
Einnahmen monatlich EUR _____

Art der Einnahmen (z. B. Miete, Zinsen, Unterhaltszahlungen)

Bitte senden Sie uns eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Ein-
kommensteuerbescheides (bei Zinseinnahmen eine Zinsbescheinigung) zu.



1. Kind

2. Kind

Nachname

Vorname

Bitte fügen Sie bei abweichendem Nachnamen eine Geburtsbescheinigung bei.

Geschlecht

männlich

weiblich

männlich

weiblich

Geburtsdatum oder TK-Versicherungs-Nr.

ggf. abweichende Anschrift: Straße, Nr.

PLZ, Ort

Verwandtschaftsverhältnis

leibliches Kind

Pflegekind

leibliches Kind

Pflegekind

Stiefkind

Enkel

Stiefkind

Enkel

Mein Ehe-/Lebenspartner ist der leibliche Elternteil des Kindes

ja

nein

ja

nein

Rentenversicherungsnummer

Falls noch keine Rentenversicherungs-Nr. vorliegt, bitte angeben:

Geburtsname

Geburtsort und -land

Staatsangehörigkeit

bisherige Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse

Mitgliedschaft

Familienversicherung

privat/nicht gesetzlich versichert

Mitgliedschaft

Familienversicherung

privat/nicht gesetzlich versichert

oder

Versicherungszeitraum

____ - ____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

____ - ____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Name der Krankenversicherung

PLZ, Ort

durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsentgelt

EUR

durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob

EUR

monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit

EUR

selbstständige Tätigkeit als Tagesmutter/-vater

ja

nein

ja

nein

Versorgungsbezüge/Betriebsrenten, ausländische, gesetzliche oder sonstige Renten; monatl. Zahlbetrag

EUR

sonstige durchschnittliche monatliche Einnahmen

EUR

Art der Einnahmen (z. B. Miete, Zinsen, Unterhaltszahlungen)

Bitte senden Sie uns eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheides (bei Zinseinnahmen eine Zinsbescheinigung) zu.

Bezug von Arbeitslosengeld II

ja

nein

ja

nein

Schulbesuch

Bei Kindern ab 23 Jahren fügen Sie bitte eine aktuelle Schulbescheinigung bei.

____ - ____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

____ - ____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Schulart (freiwillige Angabe)

Studium

Bei Kindern ab 23 Jahren fügen Sie bitte einen aktuellen Studiennachweis bei.

____ - ____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

____ - ____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Art der Hochschule (freiwillige Angabe)

Dienst (Wehr-/Zivildienst bzw. Freiwilligendienst)

Fügen Sie bitte eine Dienstzeitbescheinigung oder einen Nachweis über den Freiwilligendienst bei.

____ - ____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

____ - ____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Informationen zum überwiegenden Unterhalt

Die weiteren Angaben brauchen wir, um zu prüfen, ob Sie für die beitragsfreie Familienversicherung von Stief- oder Enkelkindern den überwiegenden Unterhalt leisten. Machen Sie Angaben zu den Nettoeinnahmen aller zum Haushalt gehörenden Personen. Geben Sie auch namentlich nicht aufgeführte Personen an. Bitte senden Sie Einkommensnachweise als Kopie mit.

Meine durchschnittlichen Einnahmen (netto) ohne Kindergeld betragen monatlich EUR _____

Art der Einnahmen (z. B. Arbeitsentgelt, Rente) _____

Ich bin berufstätig ganztags halbtags
Mein Ehe-/Lebenspartner* ist berufstätig ganztags halbtags

Angaben zum	Ehe-/Lebenspartner*	Kind / sonst. Angehörigen	Kind / sonst. Angehörigen
-------------	---------------------	---------------------------	---------------------------

Nachname	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

Vorname	_____	_____	_____
---------	-------	-------	-------

Geburtsdatum	_____	_____	_____
--------------	-------	-------	-------

Einnahmen mtl. in EUR netto, ohne Kindergeld	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------

Art der Einnahmen z. B. Arbeitsentgelt, Rente, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit.	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------

Ich erhalte für meine Angehörigen Unterhalt vom leiblichen Elternteil in Höhe von	EUR _____	EUR _____
---	-----------	-----------

Ich lebe mit meinen Angehörigen in einer häuslichen Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---	---	---

Wenn nein: Ich trage mehr als die Hälfte der Unterhaltsmittel meines Angehörigen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---	---

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Ich informiere Sie, wenn sich etwas ändert, z. B. die Höhe des Einkommens oder der Beginn einer eigenen Mitgliedschaft meiner Familienangehörigen.

Bei Fragen helfen Sie uns mit folgenden Angaben

Telefon _____ E-Mail _____

Datum

Tag	Monat	Jahr			

Unterschrift _____ ggf. Unterschrift der Angehörigen _____

Mit der Unterschrift erkläre ich, dass ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten habe.

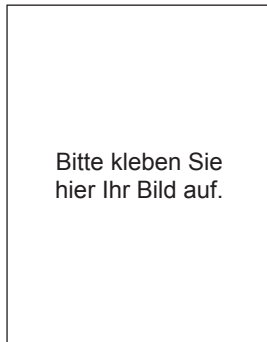
Leben Sie getrennt, reicht Ihre Unterschrift.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Sozialgesetzbuch V und § 94 Sozialgesetzbuch XI.



Die TK ist verpflichtet, regelmäßig die Voraussetzungen für die Familienversicherung zu überprüfen. Warum? - Alles Wissenswerte zur Familienversicherung haben wir in einem kurzen Film zusammengefasst. Scannen Sie den QR-Code links mit einem Barcode-Scanner und Sie gelangen direkt zum Film auf [YouTube](#). Alternativ können Sie auch auf www.tk.de den Webcode 386286 in das Suchfeld eingeben.

Ihr Bild für die elektronische Gesundheitskarte



Damit Sie rechtzeitig zu Beginn Ihrer Versicherung eine elektronische Gesundheitskarte erhalten, benötigen wir ein Passbild von Ihnen (Ausnahme: Versicherte unter 15 Jahren).

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und kleben Ihr Originalbild auf den dafür vorgesehenen Platzhalter.

Eine Übersendung per E-Mail dürfen wir nicht akzeptieren.

Persönliche Angaben

Herr Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Tag Monat Jahr

PLZ, Ort

Versichertennummer

Rentenversicherungs-Nr.

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Ich bestätige, dass das Passbild mich darstellt.

Datum

Tag Monat Jahr

Unterschrift _____

Hinweise zum Bild

Ideal ist ein aktuelles Foto, das einem Passbild entspricht. Es muss nicht biometrisch sein, sollte aber folgende Eigenschaften haben:

- > circa 45 mm x 35 mm groß
- > möglichst neutraler Hintergrund
- > klar erkennbares Gesicht, von vorn fotografiert

Sie können frei entscheiden, ob das Foto farbig oder schwarz-weiß sein soll. Bitte verwenden Sie weder Kopien noch selbst erstellte Ausdrücke von Bildern. Diese können aus Qualitätsgründen nicht verarbeitet werden.

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