

Mitgliedschaftsantrag für Beschäftigte

Fax: 0800 - 285 85 89-692 37



Ich möchte TK-Mitglied werden ab _____

Persönliche Angaben Herr Frau

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Versichertennummer _____
Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte.

Bitte geben Sie Ihre Rentenversicherungsnummer (RV-Nummer) an:

RV-Nummer _____
Sofern Ihnen diese nicht vorliegt, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Geburtsname _____

Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Angaben zum letzten Versicherungsverhältnis

Ich war zuletzt versichert bei

Krankenkasse _____

Ort _____

von _____ bis _____

pflichtig freiwillig privat familienversichert

Kündigungsbestätigung*

liegt bei wird nachgereicht

Angaben für die Versicherung bei der TK

Ich bin beschäftigt/tätig als

Es handelt sich um meine erste Beschäftigung als Arbeitnehmer/-in in Deutschland.

Arbeitgeber _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Beschäftigt ab/seit _____

Ich bin selbstständig.

Ich bin Gesellschafter/-in und/oder Geschäftsführer/-in einer GmbH.

Mein monatliches Bruttoentgelt beträgt

bis zu 450 Euro (Minijob).

mehr als 4.950 Euro.

Erhalten Sie Einmalzahlungen wie Weihnachts- oder Urlaubsgeld? Dann zählen Sie zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen einfach ein Zwölftel der Einmalzahlungen dazu.

Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen.

Ich habe mich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen.

Bitte senden Sie uns Kopien der Befreiung zu.

Rentenbezug

Ich beziehe aktuell Rente bzw. habe Rente beantragt.

Ich erhalte aktuell Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente, Pension).

Angaben zur Familie

Ich möchte Angehörige (Ehe-/Lebenspartner/-in nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder) beitragsfrei mitversichern.

Antrag auf Familienversicherung

liegt bei wird nachgereicht bitte zusenden

Angaben für die TK-Pflegeversicherung

Ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit. Bitte senden Sie uns eine Kopie der Befreiung zu.

Ich bin Mutter/Vater eines Kindes/mehrerer Kinder. Wir brauchen die Angabe, um Ihre Beiträge zur Pflegeversicherung korrekt berechnen zu können. Reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis ein, z. B. eine Kopie der Geburtsurkunde.

Rückfragen und Unterschrift

Bei Fragen helfen Sie uns mit folgenden Angaben:

Telefon** _____

E-Mail** _____

Datum _____ Unterschrift **X** _____

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

* Waren Sie bisher familien- oder privat versichert, ist keine Kündigungsbestätigung erforderlich.

** Freiwillige Angaben.

Daten des Beraters

Gesellschaft, Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Standort _____

Telefon _____

TK-Partnernummer **T6706282C6**

(wird von der TK bei Eingang Ihres ersten Antrags vergeben)



3058344451