Mitgliedschaftsantrag für Beschäftigte

Fax: 0800 - 285 85 89-692 37
(gebührenfrei innerhalb Deutschlands)

Die Techniker

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 die aktuelle Versicherungspflichtgrenze.**

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 ✗ _____

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.
** Auf www.tk.de können Sie mit dem Webcode 4400 die aktuelle Versicherungspflichtgrenze einsehen.
*** Freiwillige Angaben.

Daten des Beraters

Gesellschaft, Name: VersicherungsMakler Steinhauer
Straße, Nr.: Nordstrasse 10
PLZ, Standort: 65620 Waldbrunn - Fussingen
Telefon: 06479 911935
TK-Partnernummer: T 8007863E7
(wird von der TK bei Eingang Ihres ersten Antrags vergeben)

3058344451