

## Der schnellste Weg zur Techniker Krankenkasse



Ergänzen Sie die Antragsunterlagen und senden Sie diese unterschrieben an Meine-Krankenkasse-wechseln

Post: Meine-Krankenkasse-wechseln  
Kai Hoffmann  
Georg-Raloff-Ring 2  
22309 Hamburg

E-Mail: [Antrag@Meine-Krankenkasse-wechseln.de](mailto:Antrag@Meine-Krankenkasse-wechseln.de)

Fax: 040 2286 2176 9

## Empfehlungsgeber der den Bonus erhalten soll

Name:

E-Mail:

# Mitgliedschaftsantrag für Beschäftigte



Ich möchte zur TK ab 

Tag	Monat				Jahr														

nächstmöglich

## Persönliche Angaben

Frau     Herr

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

ggf. Adresszusatz \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versichertennummer

**Die folgenden Angaben brauchen wir, um die Gesundheitskarte zu erstellen:**

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsland \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

## Angaben zur bisherigen Krankenversicherung

Ich war zuletzt im Ausland versichert bzw. habe dort gelebt.

\_\_\_\_\_ Name des Landes

Ich war zuletzt

pflichtversichert.     freiwillig versichert.

privat versichert.     familienversichert.

Krankenversicherung, Ort \_\_\_\_\_

Ich bin von der Kranken- und Pflegeversicherung befreit.  
**Wichtig:** Bitte senden Sie uns eine Kopie der Befreiung.

## Angaben zur Beschäftigung

Ich bin beschäftigt ab/seit \_\_\_\_\_

Mein monatliches Brutto-Arbeitsentgelt beträgt

bis zu 538 EUR monatlich (Minijob).     mehr als 5.775 EUR monatlich.

**Wichtig:** Bitte rechnen Sie eventuelle Sonderzahlungen anteilig mit ein.

Es ist meine 1. Beschäftigung in **Deutschland** als Arbeitnehmer/in.

Ich bin Gesellschafter/in dieser Firma.

Anteil am Stammkapital \_\_\_\_\_ Prozent

Ich bin selbstständig.

## Angaben zum Rentenbezug

Ich erhalte Rente oder habe Rente beantragt.

Ich erhalte Versorgungsbezüge, z. B. Betriebsrenten, Kapitalleistungen.

## Angaben zu Angehörigen

Ich möchte meine Angehörigen beitragsfrei mitversichern. Bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung.

## Angaben zur Pflegeversicherung

Ich bin Mutter/Vater von mindestens 1 Kind.  
**Wichtig:** Bitte senden Sie uns einen entsprechenden Nachweis (z. B. eine Kopie der Geburtsurkunde).

## Angaben für Rückfragen

\_\_\_\_\_ Telefon, freiwillige Angabe

\_\_\_\_\_ Mail, freiwillige Angabe

\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

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

Die **Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 DSGVO** durch die TK finden Sie auf **tk.de, Suchnummer 2029224**.

Hiermit werde ich in Kenntnis gesetzt, dass die TK den Vertriebspartner zu Abrechnungszwecken über eine zu Stande gekommene Mitgliedschaft informiert.

## Beratung erfolgt durch:

Gesellschaft, Name \_\_\_\_\_

PLZ, Standort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

TK-Partnernummer \_\_\_\_\_

