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

Fax: 040 2286 2176 9

Empfehlungsgeber der den Bonus erhalten soll

Name:

E-Mail:

Mitgliedschaftsantrag für Selbstständige

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 Selbstständigkeit

Ich bin selbstständig ab/seit

durchschnittliche monatliche Einkünfte EUR

Wichtig: Bitte senden Sie uns Kopien aller Seiten Ihres letzten Einkommensteuer-Bescheids (EStB).

☐ Ich bin Existenzgründer/in und habe noch keinen EStB erhalten.

☐ Ich erhalte von der Agentur für Arbeit einen Gründungszuschuss oder Einstiegsgeld.
Wichtig: Bitte senden Sie uns eine Kopie des Bewilligungsbescheids.

Weiteres Einkommen

Wichtig: Bitte senden Sie uns Kopien Ihrer Einkommensnachweise.

monatliches Einkommen EUR

Art des Einkommens, z. B. Rente, Einkünfte aus Kapitalvermögen

Angaben zum Krankengeldanspruch

☐ Ich habe einen gesetzlichen Krankengeldanspruch ab/seit

☐ Ich möchte mich ab dem 43. Tag meiner Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichern ab dem

☐ Ich weiß, dass ich 3 Jahre daran gebunden bin.

☐ Bitte informieren Sie mich über die TK-Tarife Krankengeld.

☐ Ich bin arbeitsunfähig ab/seit

Angaben zu Angehörigen

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

☐ Ich bin verheiratet bzw. lebe in einer eingetragenen Partnerschaft und mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist **nicht** bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

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 AdsOn Plus (MKW)

PLZ, Standort

Telefon

TK-Partnernummer T59062A6V7

3058344905