

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



Die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse können Sie an Meine-Krankenkasse-wechseln oder direkt an Ihre neue Krankenkasse senden.

Mitgliedschaftsantrag Studenten



Ich möchte zur TK ab

Tag	Monat	Jahr							

Persönliche Angaben

Frau Herr

Nachname _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

Ggf. Adresszusatz _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum: TT MM JJJJ _____

Versichertennummer _____

Rentenversicherungsnummer _____

Weitere Angaben, wenn keine Versicherten- bzw. Rentenversicherungsnummer vorliegt:

Geburtsname _____

Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Angaben zur Krankenversicherung

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

Name des Landes _____

Ich war zuletzt

pflichtversichert freiwillig versichert

privat versichert familienversichert

vom _____ bis zum _____

Krankenversicherung, Ort _____

Wichtig: Wenn Sie zuletzt freiwillig oder pflichtversichert waren, senden Sie uns bitte eine Kündigungsbestätigung zu.

Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen. **Wichtig:** Bitte senden Sie uns eine Kopie der Befreiung.

Ich habe Anspruch auf Leistungen nach ausländischem Recht.

Angaben zum Einkommen

Ich bin während des Studiums beschäftigt oder selbstständig tätig.

wöchentliche Studienzeit _____ Stunden

wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden

monatliches Bruttoarbeitsentgelt (Beschäftigung) _____ EUR

monatlicher Gewinn (selbstständige Tätigkeit) _____ EUR

Ich beziehe bzw. beantrage Leistungen bei der Agentur für Arbeit.

Ich beschäftige mindestens eine Arbeitnehmerin bzw. einen Arbeitnehmer länger als drei Monate und mehr als geringfügig.

Ich beschäftige gleichzeitig mehrere Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer geringfügig, deren Bruttoarbeitsentgelte zusammen die Geringfügigkeitsgrenze (aktuell 450 Euro) überschreiten.

Angaben zum Studium

Wichtig: Bitte senden Sie uns Ihre aktuelle Immatrikulationsbescheinigung, aus der das Fachsemester hervorgeht.

Ich studiere ab/seit _____

Ich bin aktuell in folgendem Fachsemester _____

Fachrichtung _____

Hochschule _____

Bei meinem Studium handelt es sich um ein Masterstudium.

Anzahl der Fachsemester Bachelorstudium _____

Angaben zum Rentenbezug

Ich beziehe Rente oder habe Rente beantragt.

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

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 mindestens eines Kindes. **Wichtig:** Bitte senden Sie uns einen entsprechenden Nachweis (z. B. eine Kopie der Geburtsurkunde).

Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angabe _____

E-Mail, freiwillige Angabe _____

X 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 www.tk.de, **Webcode 2029224**.

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

Daten des Beraters

Gesellschaft, Name SMWB GmbH (MKW)

PLZ, Standort _____

Telefon _____

TK-Partnernummer T140006090

