

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.



Deutsche Post
ANTWORT

Meine-Krankenkasse-wechseln
Georg-Raloff-Ring 2
22309 Hamburg

Name
Vorname
Straße, Nr.
PLZ, Ort
Vers.-Nr.

Familienversicherung

Mein Ehe-/Lebenspartner* soll
beitragsfrei mitversichert werden ab
Tag Monat Jahr

Mein/e Kind/er soll/en
beitragsfrei mitversichert werden ab
Bitte ein Datum angeben. Fehlende Angaben oder
Angaben wie „ab sofort“ sind nicht rechtsgültig.
Tag Monat Jahr

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft
Geburt meines Kindes
Beendigung vorheriger Mitgliedschaft meines Angehörigen
Sonstiges

Familienstand

- verheiratet getrennt lebend verwitwet
ledig geschieden
eingetragene Lebenspartnerschaft*

Bisherige Krankenversicherung

- Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse
Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse
privat versichert/nicht gesetzlich versichert

Krankenversicherung

Ehepartner oder Lebenspartner*

Auch wenn Sie Ihren Ehe-/Lebenspartner* nicht bei uns mitversichern
möchten, benötigen wir folgende Angaben von Ihnen.

Name
Bei abweichendem Nachnamen zum Mitglied fügen Sie bitte eine
Heiratsurkunde bei.

Vorname

ggf. TK-Versicherungs-Nr.

Geburtsdatum
Tag Monat Jahr

Rentenversicherungs-Nr.
Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte
angeben:

Geburtsname

Geburtsort und -land

Staatsangehörigkeit

* nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

ggf. abweichende Anschrift

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Bisherige Krankenversicherung des Ehe-/Lebenspartners*

- Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse
Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse
privat versichert/nicht gesetzlich versichert

Wenn keine gesetzliche Krankenversicherung vorliegt und Ihre Kinder
versichert werden sollen, bitte einen Einkommensnachweis beifügen.

von
Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr

Name der Krankenversicherung

Familienversicherung aus der Mitgliedschaft von Name, Vorname

Mein Ehe-/Lebenspartner*
hat eigenes Einkommen ja nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Punkte für Ihren
Ehe-/Lebenspartner*:

Beschäftigung (auch Minijob) seit dem
Tag Monat Jahr

durchschnittliches Bruttoarbeits-
entgelt monatlich EUR

selbstständige Tätigkeit seit dem
Tag Monat Jahr

durchschnittlicher Gewinn monatlich EUR

durchschnittliche Arbeitszeit
wöchentlich Stunden

selbstständige Tätigkeit als Tagesmutter-/vater ja nein


Arbeitslosengeld II seit dem
Tag Monat Jahr

Versorgungsbezüge/Betriebsrenten,
ausländische, gesetzliche oder
sonstige Renten; monatl. Zahlbetrag EUR

sonstige durchschnittliche
Einnahmen monatlich EUR

Art der Einnahmen (z. B. Miete, Zinsen, Unterhaltszahlungen)

Bitte senden Sie uns eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Ein-
kommensteuerbescheides (bei Zinseinnahmen eine Zinsbescheinigung) zu.

	1. Kind	2. Kind
Nachname	_____	_____
Vorname	_____	_____
Bitte fügen Sie bei abweichendem Nachnamen eine Geburtsbescheinigung bei.		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum oder TK-Versicherungs-Nr.	_____	_____
ggf. abweichende Anschrift: Straße, Nr.	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel
Mein Ehe-/Lebenspartner ist der leibliche Elternteil des Kindes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungsnummer	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Falls noch keine Rentenversicherungs-Nr. vorliegt, bitte angeben:	_____	_____
Geburtsname	_____	_____
Geburtsort und -land	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____
bisherige Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> privat/nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> privat/nicht gesetzlich versichert
oder		
Versicherungszeitraum	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Name der Krankenversicherung	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsentgelt	EUR _____	_____
durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob	EUR _____	_____
monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit	EUR _____	_____
selbstständige Tätigkeit als Tagesmutter-/vater	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versorgungsbezüge/Betriebsrenten, ausländische, gesetzliche oder sonstige Renten; monatl. Zahlbetrag	EUR _____	_____
sonstige durchschnittliche monatliche Einnahmen	EUR _____	_____
Art der Einnahmen (z. B. Miete, Zinsen, Unterhaltszahlungen)	_____	_____
Bitte senden Sie uns eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheides (bei Zinseinnahmen eine Zinsbescheinigung) zu.	_____	_____
Bezug von Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulbesuch	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Bei Kindern ab 23 Jahren fügen Sie bitte eine aktuelle Schulbescheinigung bei.		
Schulart (freiwillige Angabe)	_____	_____
Studium	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Bei Kindern ab 23 Jahren fügen Sie bitte einen aktuellen Studiennachweis bei.		
Art der Hochschule (freiwillige Angabe)	_____	_____
Dienst (Wehr-/Zivildienst bzw. Freiwilligendienst) 	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Fügen Sie bitte eine Dienstzeitbescheinigung oder einen Nachweis über den Freiwilligendienst bei.		

Informationen zum überwiegenden Unterhalt

Die weiteren Angaben brauchen wir, um zu prüfen, ob Sie für die beitragsfreie Familienversicherung von Stief- oder Enkelkindern den überwiegenden Unterhalt leisten. Machen Sie Angaben zu den Nettoeinnahmen aller zum Haushalt gehörenden Personen. Geben Sie auch namentlich nicht aufgeführte Personen an. Bitte senden Sie Einkommensnachweise als Kopie mit.

Meine durchschnittlichen Einnahmen (netto) ohne Kindergeld betragen monatlich EUR _____

Art der Einnahmen (z. B. Arbeitsentgelt, Rente) _____

Ich bin berufstätig

ganztags

halbtags

Mein Ehe-/Lebenspartner* ist berufstätig

ganztags

halbtags

Angaben zum

Ehe-/Lebenspartner*

Kind / sonst. Angehörigen

Kind / sonst. Angehörigen

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Einnahmen mtl. in EUR
netto, ohne Kindergeld _____

Art der Einnahmen
z. B. Arbeitsentgelt, Rente,
Einkommen aus selbstständiger
Tätigkeit. _____

Ich erhalte für meine Angehörigen Unterhalt vom
leiblichen Elternteil in Höhe von

EUR _____

EUR _____

Ich lebe mit meinen An-
gehörigen in einer häus-
lichen Gemeinschaft ja nein

ja nein

ja nein

Wenn nein: Ich trage mehr als die Hälfte der
Unterhaltsmittel meines Angehörigen

ja nein

ja nein

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Ich informiere Sie, wenn sich etwas ändert, z. B. die Höhe des Einkommens oder der Beginn einer eigenen Mitgliedschaft meiner Familienangehörigen.

Bei Fragen helfen Sie uns mit folgenden Angaben

Telefon _____

E-Mail _____

Datum

Tag	Monat	Jahr			

Unterschrift _____

ggf. Unterschrift der Angehörigen _____

Mit der Unterschrift erkläre ich, dass ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten habe.

Leben Sie getrennt, reicht Ihre Unterschrift.

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



Die TK ist verpflichtet, regelmäßig die Voraussetzungen für die Familienversicherung zu überprüfen. Warum? - Alles Wissenswerte zur Familienversicherung haben wir in einem kurzen Film zusammengefasst. Scannen Sie den QR-Code links mit einem Barcode-Scanner und Sie gelangen direkt zum Film auf [YouTube](#). Alternativ können Sie auch auf www.tk.de den Webcode 386286 in das Suchfeld eingeben.