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.

Nachdem uns die Techniker Krankenkasse Ihre Mitgliedschaft bestätigt hat, senden wir Ihnen Ihren amazon-Gutschein zu.

Mitgliedschaftsantrag für Studenten

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

(Fach-)Hochschule _____

Fachrichtung _____

Aktuelles Fachsemester _____

Ab/seit _____ bis voraussichtlich _____

Bitte fügen Sie eine aktuelle Studienbescheinigung bei.

☐ Bei meinem Studium handelt es sich um einen Masterstudiengang. Bitte senden Sie uns einen Nachweis über Ihren Bachelorstudiengang, aus dem die Angaben der Fachsemester hervorgehen, zu.

☐ Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen. Bitte senden Sie uns eine Kopie der Befreiung zu.

Angaben zu Einnahmen

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

Ich bin während des Studiums beschäftigt oder selbstständig tätig.

Wöchentliche Arbeitszeit Stunden _____

Wöchentliche Studienzeit Stunden _____

Monatliches Bruttoentgelt aus der Beschäftigung EUR _____

Monatlicher Gewinn aus der Selbstständigkeit EUR _____

☐ Ich beschäftige mindestens einen Arbeitnehmer länger als drei Monate und mehr als geringfügig entlohnt (kein Minijob).

☐ Ich beschäftige gleichzeitig mehrere geringfügig entlohnte Arbeitnehmer, deren Bruttoarbeitsentgelte zusammen die Geringfügigkeitsgrenze (zzt. mtl. 450 Euro) überschreiten.

Rentenbezug

☐ Ich beziehe aktuell Rente bzw. habe Rente beantragt.

☐ Ich erhalte aktuell Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente, Pension).

Sachleistungsanspruch im Ausland

☐ Ich habe Anspruch auf Sachleistungen nach ausländischem Recht.

Angaben zur Familie

☐ Ich möchte Angehörige (Ehe-/Lebenspartner/-in nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder) beitragsfrei mitversichern.

Antrag auf Familienversicherung

☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht ☐ bitte zusenden

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

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.
** Freiwillige Angaben.

Daten des Beraters

Gesellschaft, Name SMWB GmbH (MKW)

Straße, Nr. _____

PLZ, Standort _____

Telefon _____

TK-Partnernummer T140006090
(wird von der TK bei Eingang Ihres ersten Antrags vergeben)

3058344215

SEPA-Lastschriftmandat

Die Techniker

Gläubiger-ID: Nr. DE51TK100000031158
Mandatsreferenznummer: wird nachgereicht

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Ich ermächtige die Techniker Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Techniker Krankenkasse auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichte ich mich, die Techniker Krankenkasse bei Beendigung meines Mandats zu benachrichtigen.

Einzug des Beitrags von folgendem Konto ab _____
Monat Jahr

IBAN D E _____

Ich bin Kontoinhaber

☐ Ja

☐ Nein – dann bitte den abweichenden Kontoinhaber angeben:

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift ✗ _____

Die 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).