

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 Beschäftigte



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 bisherigen 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 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 Bruttoarbeitsentgelt beträgt

bis zu 450 Euro monatlich (Minijob). mehr als 5.062,50 Euro monatlich.

Wichtig: Bitte rechnen Sie eventuelle Sonderzahlungen anteilig mit ein.

Es handelt sich um meine erste Beschäftigung in **Deutschland** als Arbeitnehmer/in.

Angaben zum Arbeitgeber

Arbeitgeber

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Tätigkeit

Ich bin Gesellschafter/in dieser Firma.

Anteil am Stammkapital Prozent

Ich bin selbstständig.

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.

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

