

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 Azubi



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

Bitte beantragen Sie für mich einen Sozialversicherungsausweis

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 Ausbildung

Ausbildungsbetrieb

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ausbildungsberuf

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

