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

✗

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	ASSEKURANZ-BÜRO SCHWAB
PLZ, Standort	68799 REILINGEN * Gänsweid 8
Telefon	06205-283600 / FAX: 06205-2589491
TK-Partnernummer	FondsFinanz MAK28268

Antrag per Mail to: info.abs@online.de

3058344942