

Ich möchte TK-Mitglied werden ab: _____

Persönliche Angaben Frau Herr

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon tagsüber* _____

E-Mail* _____

Rentenversicherungs-Nr. _____

Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsort _____

Geburtsname _____

Staatsangehörigkeit _____

Angaben zu Ihrer Ausbildung

Ausbildungsberuf _____

Ausbildung von - bis _____

Name des Arbeitgebers _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Angaben für die Versicherung bei der TK-Pflegeversicherung

Ich bin Mutter/Vater eines Kindes/mehrerer Kinder.

Wir benötigen die Angabe, ob Sie Kinder (auch Adoptiv- oder Pflegekinder werden anerkannt) haben, um Ihre Beiträge zur Pflegeversicherung korrekt berechnen zu können. Reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis ein (Kopie zum Beispiel der Geburtsurkunde ist ausreichend).

Rentenbezug

Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt.

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

Angaben zur letzten Versicherung

Ich war die letzten 18 Monate bei folgender Krankenkasse:

Name _____

Ort _____

familienversichert privat versichert

pflichtversichert freiwillig versichert

Wenn Sie pflichtversichert oder freiwillig versichert waren, benötigen wir eine Kündigungsbestätigung Ihrer letzten Krankenkasse. Ohne diese kann die TK-Mitgliedschaft nicht beginnen.

Die Kündigungsbestätigung liegt bei.

Die Kündigungsbestätigung wird nachgereicht.

Webcode 3132 Sie finden eine Musterkündigung auf www.tk-online.de mit dem Webcode 3132. Geben Sie den Webcode 3132 einfach in das Suchfeld ein.

Familienversicherung

Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Webcode 3133 Sie finden den Antrag auf Familienversicherung auf www.tk-online.de mit dem Webcode 3133. Geben Sie den Webcode 3133 einfach in das Suchfeld ein.

Mitglieder werben und gewinnen*

Auf die TK hat aufmerksam gemacht*:

Name _____

Anschrift _____

Wechseln Sie jetzt zum Testsieger!



Datum _____ Unterschrift _____

Ihre persönlichen Daten benötigen wir, um Sie umfassend beraten und betreuen zu können (Sozialgesetzbuch V – SGB V). Durch das SGB sind wir verpflichtet, diese Daten umfassend zu schützen.

*freiwillige Angaben

Ganz einfach versenden!
 Sie können den Antrag direkt am Bildschirm oder handschriftlich ausfüllen.
 Bitte senden Sie den unterschriebenen Antrag per Fax oder Post an die nebenstehende Adresse.

Techniker Krankenkasse
 Postfach 570255
 22771 Hamburg
 Fax: 040-60 00-41 11