



D307002

Deutsche Post 

ANTWORT

Techniker Krankenkasse
22291 Hamburg

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Vers.-Nr. _____

Familienversicherung

Mein Ehepartner/Lebenspartner* soll ab _____ beitragsfrei mitversichert werden.

*nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

Mein/e Kind/er soll/sollen ab _____ beitragsfrei mitversichert werden.

Mein Familienstand:

Ich bin ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit _____ verwitwet

Tragen Sie bitte die Angaben für Ihren Ehegatten auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird. Dies gilt nicht, wenn der Ehegatte mit den Kindern nicht verwandt ist. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.

Ehepartner oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

Name, Vorname _____ geboren am _____
(Bei abweichenden Nachnamen zum Mitglied fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bei)

ggf. abweichende Anschrift _____

Mein Ehe-/Lebenspartner ist/war bisher gesetzlich krankenversichert nein ja
(Wenn keine gesetzliche Krankenversicherung vorliegt und Ihre Kinder versichert werden sollen, fügen Sie bitte einen Einkommensnachweis bei)

Wenn ja: von _____ bis _____ als Mitglied Familienversicherter

Name und Anschrift der Krankenkasse _____

Mein Ehe-/Lebenspartner hat eigenes Einkommen nein ja

Wenn ja:

- Mein Ehe-/Lebenspartner übt seit dem _____ eine Beschäftigung aus.
(Bitte machen Sie diese Angaben auch, wenn es sich um eine geringfügige Beschäftigung handelt)

Das durchschnittliche Bruttoarbeitsentgelt beträgt monatlich _____ EUR.

- Mein Ehe-/Lebenspartner ist seit dem _____ selbstständig tätig.

Das durchschnittliche Bruttoeinkommen beträgt monatlich _____ EUR. *

- Mein Ehe-/Lebenspartner hat seit dem _____ sonstige Einkünfte.

Art der Einkünfte (z.B. Rente, Einnahmen aus Vermietung, Zinsen) _____

Das durchschnittliche Bruttoeinkommen beträgt monatlich _____ EUR. *

* Bitte fügen Sie einen aktuellen Einkommensteuerbescheid bei.

bitte wenden

Kinder

Name (Bei abweichenden Nachnamen zum Mitglied bitte eine Geburtsbescheinigung beifügen)			
Vorname			
Geburtsdatum			
ggf. abweichende Anschrift			
Verwandtschaftsverhältnis (Sohn, Tochter, Stief-/Pflegekind, Enkel)			
Mein Kind war bisher gesetzlich versichert als	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienangehöriger	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienangehöriger	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienangehöriger
Wenn ja:	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Name und Anschrift der Krankenkasse	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Durchschnittliches mtl. Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Regelmäßige durchschnittliche mtl. Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Kapitalvermögen), Rente, Versorgungsbezüge	von _____ bis _____ _____ EUR _____ Art der Einkünfte	von _____ bis _____ _____ EUR _____ Art der Einkünfte	von _____ bis _____ _____ EUR _____ Art der Einkünfte
Schulbesuch (Bei Kindern ab 23 J. fügen Sie bitte eine <u>aktuelle</u> Schulbescheinigung bei)	voraussichtlich bis _____	voraussichtlich bis _____	voraussichtlich bis _____
Schulart *			
Studium (Bei Kindern ab 23 J. fügen Sie bitte einen <u>aktuellen</u> Studiennachweis bei)	voraussichtlich von _____ bis _____	voraussichtlich von _____ bis _____	voraussichtlich von _____ bis _____
Name der Fach-/Hochschule *			
Mein Kind leistet/leistete Grundwehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____

* Diese Angabe ist freiwillig; ich bin mit der Speicherung der Daten einverstanden.

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer

	Ehegatte/Ehepartner nach dem LPartG	Kind	Kind	Kind
Name, Vorname				
Rentenversicherungs-Nr.				

Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitten wir noch um folgende Angaben

Geburtsname				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				

Ich informiere Sie, wenn sich etwas ändert, z. B. die Höhe des Einkommens oder der Beginn einer eigenen Mitgliedschaft meiner Familienangehörigen.

Bei Fragen erreichen Sie mich unter der Telefonnummer: _____

oder unter der E-Mail-Adresse _____ (Diese Angaben sind jeweils freiwillig)

Meine Familienangehörigen haben zugestimmt, ihre Daten anzugeben.

Datum

Ihre Unterschrift

ggf. Unterschrift der Angehörigen
(Bei getrennt lebenden Familienangehörigen
reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus)

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Wir informieren Sie gern, wie wir Ihre Daten schützen.