

Mitgliedschaftsantrag Selbstständige



Ich möchte TK-Mitglied werden ab

Tag			Monat			Jahr			

Persönliche Angaben

☐ Herr ☐ Frau

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Tag			Monat			Jahr			

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte.

Bitte geben Sie Ihre Rentenversicherungsnummer (RV-Nummer) an:

RV-Nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sofern Ihnen diese nicht vorliegt, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Angaben zum letzten Versicherungsverhältnis

Ich war zuletzt versichert bei

Krankenkasse, Ort

von bis

☐ pflichtig ☐ freiwillig ☐ privat ☐ familien-versichert

Die Kündigungsbestätigung

☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht

Ich war dort mit Anspruch auf Krankengeld versichert

☐ gesetzliches Krankengeld ☐ im Rahmen eines Wahltarifes

seit dem

Beitragspflichtige Einnahmen

Ich bin selbstständig seit

Beitragspflichtig ist der Gewinn im Sinne des Einkommensteuerrechts. Nicht beitragspflichtig sind Betriebsausgaben wie z. B. Personalkosten, Miete für Betriebsräume sowie Abschreibungen für Abnutzung (AfA).

Bitte senden Sie uns eine Kopie aller Seiten des letzten Einkommensteuerbescheides zu.

☐ Ich bin Existenzgründer und habe noch keinen Einkommensteuerbescheid erhalten.
In diesem Fall nehmen Sie bitte eine Einkommenschätzung vor.

Meine durchschnittlichen Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit betragen in den kommenden zwölf Monaten voraussichtlich

monatlich EUR

Von der Agentur für Arbeit erhalte ich

☐ Gründungszuschuss ☐ Einstiegsgeld

Bitte senden Sie uns eine Kopie des Bewilligungsbescheides zu.

Beitragspflichtig sind auch weitere Einnahmen wie z. B. Einkünfte aus Kapitalvermögen und aus Vermietung und Verpachtung, Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung, sowie Renten und Versorgungsbezüge.

Ich habe weitere Einnahmen.

Voraussichtlich betragen sie für die kommenden zwölf Monate im Durchschnitt monatlich EUR

Art der Einnahmen

Angaben zur Familie

☐ Ich möchte Angehörige (Ehe-/Lebenspartner/in nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder) beitragsfrei mitversichern.

Antrag auf Familienversicherung

☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht ☐ bitte zusenden

☐ Ich bin verheiratet und mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

Angaben für die TK-Pflegeversicherung

☐ Ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit.
Bitte senden Sie uns eine Kopie der Befreiung zu.

☐ Ich bin Mutter/Vater eines Kindes/mehrerer Kinder.
Wir brauchen die Angabe, um Ihre Beiträge zur Pflegeversicherung korrekt berechnen zu können. Reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis ein, z. B. eine Kopie der Geburtsurkunde.

Gesetzliches Krankengeld

Sie können sich mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit versichern. Die Wahl ist für drei Jahre bindend.

☐ Ich wähle den Krankengeldanspruch ab

☐ Ich bin zurzeit arbeitsunfähig seit dem

Bis zum Ende Ihrer Arbeitsunfähigkeit kann die TK Sie nur ohne Anspruch auf Krankengeld versichern.

Krankengeld-Wahltarife der TK

☐ Bitte beraten Sie mich zu den Krankengeld-Wahlтарifen.

Informationen zu den Wahlтарifen finden Sie auf tk.de, Webcode 4600.

Mitglieder werben und gewinnen

Ich wurde geworben durch

Name

Anschrift

Rückfragen und Unterschrift

Bei Fragen helfen Sie uns mit folgenden Angaben

Telefon*

E-Mail*

Datum Unterschrift

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und § 94 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI).

* freiwillige Angaben



3108890592

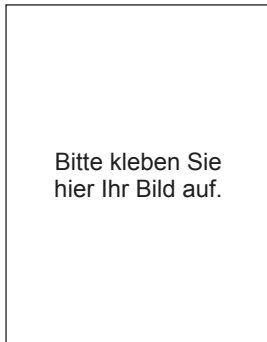
Deutsche Post 
ANTWORT

Techniker Krankenkasse

—

—

Ihr Bild für die elektronische Gesundheitskarte



Hinweise zum Bild

Damit wir Sie mit einer elektronischen Gesundheitskarte ausstatten können, brauchen wir ein Passbild von Ihnen (Ausnahme: Versicherte unter 15 Jahren).

Ideal ist ein aktuelles Foto, das einem Passbild entspricht. Es muss nicht biometrisch sein, sollte aber folgende Eigenschaften haben:

- circa 45 x 35 mm groß
- farbig oder schwarz-weiß
- möglichst neutraler Hintergrund
- klar erkennbares Gesicht, von vorn fotografiert

Bitte verwenden Sie weder Kopien noch selbst erstellte Ausdrücke von Bildern. Diese können aus Qualitätsgründen nicht verarbeitet werden.

Eine Übersendung per E-Mail dürfen wir nicht akzeptieren.

Persönliche Angaben

☐ Frau ☐ Herr

Nachname

Vorname

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

PLZ

Ort

Land, soweit nicht in Deutschland lebend

Versichertennummer

Rentenversicherungsnummer

Telefon, freiwillige Angabe

E-Mail, freiwillige Angabe

Ich bestätige, dass das Passbild mich darstellt.

Tag Monat Jahr

Unterschrift



Deutsche Post 
ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

