



ANTWORT
Techniker Krankenkasse
20903 Hamburg

Name
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

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

ggf. abweichende Anschrift

Mein Ehe-/Lebenspartner ist der leibliche Elternteil meines Kindes/eines meiner Kinder nein ja

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 den letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheid bei.

bitte wenden

Kinder

Name (Bei abweichenden Nachnamen zum Mitglied bitte eine Geburtsbescheinigung beifügen)			
Vorname			
Geburtsdatum oder TK-Versicherungsnummer			
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.