



Mitgliedschaftsantrag Selbstständige

Ich möchte TK-Mitglied werden ab _____

Persönliche Angaben

Herr Frau

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon* _____

E-Mail* _____

Rentenversicherungs-Nr. _____

Falls keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:

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 vollständige Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides zu.

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

Meine durchschnittlichen Einnahmen 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. aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung und aus nichtselbstständiger Tätigkeit, sowie Renten und Versorgungsbezüge.

Ich habe weitere Einnahmen.

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

Art der Einnahmen _____

* freiwillige Angaben

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die TK bis auf Widerruf die Beiträge einzuziehen.

Name des Geldinstituts _____

Kto.-Nr. _____ BLZ _____

Kontoinhaber/in _____

Wenn Antragsteller/in und Kontoinhaber/in nicht identisch sind, ist die Unterschrift des Kontoinhabers erforderlich.

Unterschrift des Kontoinhabers

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.

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.

Ich möchte über neue TK-Leistungen oder spezielle Angebote telefonisch oder per E-Mail informiert werden.

Datum X Unterschrift

Bitte senden Sie den unterschriebenen Antrag per Fax oder Post an die auf der Rückseite aufgeführte Nummer bzw. Adresse.

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Durch das Sozialgesetzbuch (SGB V) ist die TK verpflichtet, diese Daten umfassend zu schützen.

Interner Bearbeitungsvermerk

Deutsche Post 
ANTWORT

Techniker Krankenkasse
Postfach 570255
22771 Hamburg

Bitte schicken Sie uns den unterschriebenen Antrag
per Post zu oder senden Sie ihn an

Fax 040 - 60 00-41 11