



Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Vers.-Nr. _____

Familienversicherung

Mein Ehe-/Lebenspartner* soll beitragsfrei mitversichert werden ab _____
Tag Monat Jahr

Mein/e Kind/er soll/en beitragsfrei mitversichert werden ab _____
Bitte ein Datum angeben. Fehlende Angaben oder Angaben wie „ab sofort“ sind nicht rechtsgültig.
Tag Monat Jahr

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft Heirat
- Geburt meines Kindes
- Beendigung vorheriger Mitgliedschaft meines Angehörigen
- Sonstiges _____

Familienstand

- verheiratet getrennt lebend verwitwet
- ledig geschieden
- eingetragene Lebenspartnerschaft*

Ehepartner oder Lebenspartner*

Auch wenn Sie Ihren Ehe-/Lebenspartner* nicht bei uns mitversichern möchten, benötigen wir folgende Angaben von Ihnen.

Name _____
Bei abweichendem Nachnamen zum Mitglied fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bei.

Vorname _____

ggf. TK-Versicherungs-Nr. _____

Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr

Rentenversicherungs-Nr. _____

Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:

Geburtsname _____

Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

ggf. abweichende Anschrift

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Bisherige Krankenversicherung des Ehe-/Lebenspartners*

- Mitgliedschaft Familienversicherung
- nicht gesetzlich versichert

Wenn keine gesetzliche Krankenversicherung vorliegt und Ihre Kinder versichert werden sollen, bitte einen Einkommensnachweis beifügen.

von _____ - _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Name der Krankenversicherung _____

PLZ, Ort _____

Mein Ehe-/Lebenspartner* hat eigenes Einkommen ja nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Punkte für Ihren Ehe-/Lebenspartner*:

Beschäftigung (auch Minijob) seit dem _____
Tag Monat Jahr

durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt monatlich EUR _____

selbstständige Tätigkeit seit dem _____
Tag Monat Jahr

durchschnittlicher Gewinn monatlich EUR _____

durchschnittliche Arbeitszeit wöchentlich Stunden _____

selbstständige Tätigkeit als Tagesmutter/-vater ja nein

Arbeitslosengeld II seit dem _____
Tag Monat Jahr

Versorgungsbezüge/Betriebsrenten, ausländische, gesetzliche oder sonstige Renten monatl. Zahlbetrag EUR _____

sonstige durchschnittliche Einnahmen monatlich EUR _____

Art der Einkünfte (z.B. Miete, Zinsen) _____

Bitte senden Sie uns eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheides zu.

* nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

	. Kind	. Kind
Nachname	_____	_____
Vorname	_____	_____
Bitte fügen Sie bei abweichendem Nachnamen eine Geburtsbescheinigung bei.		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum oder TK-Versicherungs-Nr.	_____	_____
ggf. abweichende Anschrift: Straße, Nr.	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel
Mein Ehe-/Lebenspartner ist der leibliche Elternteil des Kindes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungsnummer	_____	_____
Falls noch keine Rentenversicherungs-Nr. vorliegt, bitte angeben:		
Geburtsname	_____	_____
Geburtsort und -land	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____
bisherige Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert
Versicherungszeitraum	____ - ____ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	____ - ____ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Name der Krankenversicherung	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsentgelt	EUR _____	_____
durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob	EUR _____	_____
monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit	EUR _____	_____
selbstständige Tätigkeit als Tagesmutter/-vater	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versorgungsbezüge/Betriebsrenten, ausländische, gesetzliche oder sonstige Renten; monatl. Zahlbetrag	EUR _____	_____
sonstige durchschnittliche monatliche Einnahmen	EUR _____	_____
Art der Einnahmen	_____	_____
Bezug von Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulbesuch	_____	_____
Bei Kindern ab 23 Jahren fügen Sie bitte eine aktuelle Schulbescheinigung bei.	____ - ____ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	____ - ____ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Schulart (freiwillige Angabe)	_____	_____
Studium	_____	_____
Bei Kindern ab 23 Jahren fügen Sie bitte einen aktuellen Studiennachweis bei.	____ - ____ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	____ - ____ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Art der Hochschule (freiwillige Angabe)	_____	_____
Grundwehr- oder Zivildienst	_____	_____
Bitte fügen Sie eine Dienstzeitbescheinigung bei.	____ - ____ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	____ - ____ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

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

Bei Fragen helfen Sie uns mit folgenden Angaben

Telefon _____ E-Mail _____

Datum

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

Tag Monat Jahr

Unterschrift _____ ggf. Unterschrift der Angehörigen _____

Mit der Unterschrift erkläre ich, dass ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten habe.

Leben Sie getrennt, reicht Ihre Unterschrift.

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.