



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 _____
Tag Monat Jahr
Bitte ein Datum angeben. Fehlende Angaben oder Angaben wie „ab sofort“ sind nicht rechtsgültig.

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*

Bisherige Krankenversicherung

- Mitgliedschaft Familienversicherung
- nicht gesetzlich versichert

Krankenversicherung _____

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 und -land _____

Staatsangehörigkeit _____

* nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

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 _____

Familienversicherung aus der Mitgliedschaft von Name, Vorname _____

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.

| | 1. Kind | 2. 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"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel | <input type="checkbox"/> leibliches Kind <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 |

Informationen zum überwiegenden Unterhalt

Die weiteren Angaben brauchen wir, um zu prüfen, ob Sie für die beitragsfreie Familienversicherung von Stief- oder Enkelkindern den überwiegenden Unterhalt leisten. Machen Sie Angaben zu den Nettoeinnahmen aller zum Haushalt gehörenden Personen. Geben Sie auch namentlich nicht aufgeführte Personen an. Bitte senden Sie Einkommensnachweise als Kopie mit.

Meine durchschnittlichen Einnahmen (netto) ohne Kindergeld betragen monatlich EUR _____

Art der Einnahmen (z. B. Arbeitsentgelt, Rente) _____

Ich bin berufstätig ganztags halbtags
 Mein Ehe-/Lebenspartner* ist berufstätig ganztags halbtags

| Angaben zum | Ehe-/Lebenspartner* | Kind / sonst. Angehörigen | Kind / sonst. Angehörigen |
|--|---|---|---|
| Nachname | _____ | _____ | _____ |
| Vorname | _____ | _____ | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | _____ | _____ |
| Einnahmen mtl. in EUR netto, ohne Kindergeld | _____ | _____ | _____ |
| Art der Einnahmen z. B. Arbeitsentgelt, Rente, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit. | _____ | _____ | _____ |
| Ich erhalte für meine Angehörigen Unterhalt vom leiblichen Elternteil in Höhe von | EUR _____ | EUR _____ | EUR _____ |
| Ich lebe mit meinen Angehörigen in einer häuslichen Gemeinschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn nein: Ich trage mehr als die Hälfte der Unterhaltsmittel meines Angehörigen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

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 folgen 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.