

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:



Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Mein Versicherungsverhältnis

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Mein Kind ist bzw. meine Kinder sind geboren am

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

Angaben zur Elternzeit und zum Elterngeld

Ich nehme Elternzeit von
bis voraussichtlich

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

Ich bin weiterhin in Elternzeit bis voraussichtlich

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

z. B. Verlängerung der Elternzeit oder Geburt eines weiteren Kindes

Ich habe Elterngeld beantragt am

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

Ich erhalte Elterngeld bis voraussichtlich

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Elterngeldstelle

Ich habe **keinen** Antrag auf Elterngeld gestellt.

Weitere Angaben

Ich habe während der Elternzeit monatliches Einkommen.

Höhe des monatlichen Einkommens

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|, ____|____| EUR

Denken Sie bitte an entsprechende Nachweise (z. B. vollständiger Einkommensteuerbescheid, Gehaltsbescheinigungen, Kontoauszüge) – hier reichen Kopien. Angaben, die nicht das Einkommen betreffen, können Sie schwärzen.

Ich habe meine Beschäftigung wieder aufgenommen bzw. nehme sie wieder auf am

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

Meine Beschäftigung endet zum

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

Ich bin wieder selbstständig tätig ab/seit

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

wöchentliche Arbeitszeit

____|____|, ____|____| Stunden

inklusive Vor- und Nacharbeiten

Ich habe meine Selbstständigkeit aufgegeben zum

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

Ich beschäftige mindestens 1 Arbeitnehmerin bzw. 1 Arbeitnehmer mehr als geringfügig.

Das monatliche Brutto-Arbeitsentgelt beträgt mehr als 450 EUR.

502436633143



Angaben zu Leistungen der Agentur für Arbeit

Ich habe Leistungen bei der Agentur für Arbeit beantragt bzw. werde sie beantragen.

Leistungen beantragt zum

| | | | | | | | | | |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| Tag | Monat | Jahr | | | | | | | |

Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit seit dem

| | | | | | | | | | |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| Tag | Monat | Jahr | | | | | | | |

ggf. bis zum

| | | | | | | | | | |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| Tag | Monat | Jahr | | | | | | | |

Angaben zum/zur Ehe-/Lebenspartner/in

Ich bin verheiratet bzw. lebe in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

Meine Ehe-/Lebenspartnerin bzw. mein Ehe-/Lebenspartner ist gesetzlich versichert.

z. B. bei der TK, AOK, BKK oder einer andere Krankenkasse

Angaben zur Familienversicherung

Ich möchte mich bei meiner Ehe-/Lebenspartnerin bzw. meinem Ehe-/Lebenspartner oder einem Elternteil familienversichern.

Krankenkasse der/des Angehörigen

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

Mail

freiwillige Angabe

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

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

502436633143

