Nachname, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Familienversicherung

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Mein/e Ehepartner/in oder Lebenspartner/in
nach dem Lebenspartnerschafts-Gesetz (LPartG)
soll mitversichert werden ab dem ___ Tag Monat Jahr

Mein/e Kind/er soll/en mitversichert werden ab dem ___ Tag Monat Jahr

Bitte geben Sie ein Datum an. Angaben wie "ab sofort" sind nicht rechtsgültig.

Anlass für die Familienversicherung

- ☐ Beginn meiner Mitgliedschaft
- ☐ Geburt eines Kinds
- ☐ Ende der Mitgliedschaft meiner/s Angehörigen
- ☐ Heirat
- ☐ Sonstiges _____

Familienstand

- ☐ ledig
- ☐ getrennt lebend
- ☐ verwitwet
- ☐ verheiratet seit dem ___ Tag Monat Jahr
- ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft seit dem ___ Tag Monat Jahr
  nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
- ☐ geschieden seit dem ___ Tag Monat Jahr

Bisherige Krankenversicherung

- ☐ gesetzlich versichert als Mitglied
- ☐ gesetzlich familienversichert
- ☐ privat versichert/nicht gesetzlich versichert

_____
Name der Krankenkasse/-versicherung

Ehe-/Lebenspartner/-in Diese Angaben brauchen wir auch, wenn Sie Ihre/n Ehe-/Lebenspartner/-in nicht bei uns mitversichern.

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ divers

_____
Nachname, Vorname (Bei abweichendem Namen brauchen wir eine Eheurkunde.)

Versichertennummer ___ Geburtsdatum (TT MM JJJJ) ___

Rentenversicherungs-Nummer ___
Falls noch keine vergeben wurde, brauchen wir folgende Angaben:

_____
Geburtsname und Staatsangehörigkeit

_____
Geburtsort und -land

Ggf. abweichende Adresse:

_____
Straße, Nr.

_____
PLZ, Ort

Mein/e Ehe-/Lebenspartner/-in war bisher

- ☐ gesetzlich versichert als Mitglied
- ☐ gesetzlich familienversichert
- ☐ privat versichert/nicht gesetzlich versichert
  Bitte schicken Sie uns einen Einkommensnachweis, auch wenn nur Ihr/e Kind/er versichert werden soll/en.

vom ___ Tag Monat Jahr bis ___ Tag Monat Jahr

_____
Name der Krankenkasse/-versicherung

Ggf. Name der Person, über den eine Familienversicherung bestand:

_____
Nachname, Vorname

Mein/e Ehe-/Lebenspartner/-in hat eigenes Einkommen. ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, brauchen wir dazu noch folgende Angaben:

Beschäftigung seit dem ___ Tag Monat Jahr
(auch Minijob)

Brutto-Arbeitsentgelt ___ , ___ EUR
durchschnittlich monatlich

Selbstständigkeit seit dem ___ Tag Monat Jahr

Gewinn ___ , ___ EUR
durchschnittlich monatlich

Arbeitszeit ___ , ___ Stunden
durchschnittlich wöchentlich

eigene Mitarbeitende ☐ ja ☐ nein

Bürgergeld seit dem ___ Tag Monat Jahr

monatliche Renten (Zahlbetrag) ___ , ___ EUR
auch Versorgungsbezüge

sonstige Einnahmen ___ , ___ EUR
durchschnittlich monatlich

_____
Art der Einnahme, z. B. Miete, Zinsen, Unterhalt, Abfindung

Bitte schicken Sie uns eine vollständige Kopie des letzten Einkommensteuer-Bescheids – bei Zinseinnahmen eine Zinsbescheinigung.

505259726395

	1. Kind	2. Kind
Nachname Bitte schicken Sie uns bei abweichendem Nachnamen eine Geburtsbescheinigung.		
Vorname		
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt
Geburtsdatum		
Versichertennummer		
Ggf. abweichende Adresse:	Straße, Nr. PLZ, Ort	Straße, Nr. PLZ, Ort
Verwandschafts-Verhältnis	☐ leibliches oder adoptiertes Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Enkel	☐ leibliches oder adoptiertes Kind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind ☐ Enkel
Mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist der leibliche Elternteil meines Kinds.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Rentenversicherungs-Nummer Falls noch keine vergeben wurde, brauchen wir folgende Angaben:	Geburtsname und Staatsangehörigkeit Geburtsort und -land	Geburtsname und Staatsangehörigkeit Geburtsort und -land
Bisherige Krankenversicherung	☐ gesetzlich versichert als Mitglied ☐ gesetzlich familienversichert ☐ privat bzw. nicht gesetzlich versichert	☐ gesetzlich versichert als Mitglied ☐ gesetzlich familienversichert ☐ privat bzw. nicht gesetzlich versichert
	Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr Name der Krankenkasse/-versicherung	Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr Name der Krankenkasse/-versicherung
Schule/Hochschule Bei Kindern ab 23 Jahren brauchen wir eine Kopie der aktuellen Schul-/Studienbescheinigung.	Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr
Art der Schule/des Studiums freiwillige Angabe		
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst Bitte schicken Sie uns eine Kopie der Dienstzeit-Bescheinigung oder einen Nachweis über den Freiwilligendienst	Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr
Beschäftigung seit dem auch Minijob	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
Brutto-Arbeitsentgelt durchschnittlich monatlich	, EUR	, EUR
Selbstständigkeit seit dem	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
Gewinn durchschnittlich monatlich	, EUR	, EUR
Arbeitszeit durchschnittlich wöchentlich	, Stunden	, Stunden
eigene Mitarbeitende	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Bürgergeld seit dem	Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
monatliche Renten (Zahlbetrag) auch Versorgungsbezüge	, EUR	, EUR
sonstige Einnahmen durchschnittlich monatlich Bitte schicken Sie uns eine vollständige Kopie des letzten Einkommensteuer-Bescheids – bei Zinseinnahmen eine Zinsbescheinigung.	, EUR Art der Einnahme, z. B. Miete, Zinsen, Unterhalt, Abfindung	, EUR

505259726395

Angaben zum überwiegenden Unterhalt

Wichtig: Diese Angaben brauchen wir **nur für Stief- oder Enkelkinder**.

	1. Kind		2. Kind	
Mein Stief-/Enkelkind lebt auf längere Dauer mit mir in einem Haushalt (häusliche Gemeinschaft).	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
Mein Stief-/Enkelkind wird von mir versorgt und betreut.	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
Diese Angabe brauchen wir, wenn Ihr Stief-/Enkelkind am Ausbildungs-/Studienort einen eigenen Haushalt hat: Mein Stief-/Enkelkind ist weiterhin in die häusliche Gemeinschaft eingebunden.	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
Diese Angaben brauchen wir, wenn Ihr Stief-/Enkelkind nicht in Ihrem Haushalt lebt und auch nicht in die häusliche Gemeinschaft eingebunden ist: Ich leiste regelmäßig Unterhalt. Geld- oder Sachleistung	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
monatliche Höhe	, EUR		, EUR	
	Art der Leistung		Art der Leistung	

Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

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

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 285 SGB V und § 94 SGB XI.

505259726395