

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

**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 abw. 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 \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse/-versicherung

ggf. Name der Person, über die 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 \_\_\_\_\_  
(auch Minijob) Tag Monat Jahr

Brutto-Arbeitsentgelt \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR  
durchschnittlich monatlich

Selbstständigkeit seit dem<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Gewinn \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR  
durchschnittlich monatlich

Arbeitszeit \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Stunden  
durchschnittlich wöchentlich

eigene Mitarbeitende ☐ ja ☐ nein

monatliche Renten (Zahlbetrag)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
auch Versorgungsbezüge \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR

sonstige Einnahmen<sup>1</sup> \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR  
(Durchschnitt) ☐ monatlich ☐ jährlich

\_\_\_\_\_  
Art der Einnahme, z. B. Miete, Zinsen, Unterhalt, Abfindung

<sup>1</sup> Bitte schicken Sie uns eine vollständige Kopie des letzten  
Einkommensteuer-Bescheids – bei Zinseinnahmen eine Zinsbescheinigung.

502352030555





### Angaben zum überwiegenden Unterhalt

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

#### 1. Kind

Mein Stief-/Enkelkind lebt auf ☐ ja ☐ nein  
längere Dauer mit mir in einem  
Haushalt (häusliche Gemeinschaft).

Mein Stief-/Enkelkind wird von ☐ ja ☐ nein  
mir versorgt und betreut.

**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

**Diese Angaben brauchen wir,  
wenn Ihr Stief-/Enkelkind nicht  
in Ihrem Haushalt lebt und auch  
nicht in die häusliche Gemein-  
schaft eingebunden ist:**

Ich leiste regelmäßig Unterhalt. ☐ ja ☐ nein  
Geld- oder Sachleistung

monatliche Höhe  ,  EUR

Art der Leistung

#### 2. Kind

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

,  EUR

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. Das gilt insbesondere, wenn Kinder familienversichert werden sollen und der andere Elternteil aus der gesetzlichen Krankenversicherung austritt. Oder wenn Sie den andere Elternteil heiraten möchten und dieses nicht gesetzlich krankenversichert ist.

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

502352030555

