

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft                    | <input type="checkbox"/> Geburt eines Kindes |
| <input type="checkbox"/> Ende der Mitgliedschaft<br>meiner/s Angehörigen | <input type="checkbox"/> Heirat              |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                                 |  |

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

### Familienstand

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ledig  | <input type="checkbox"/> getrennt lebend | <input type="checkbox"/> verwitwet |
| <input type="checkbox"/> verheiratet seit dem                           | Tag Monat Jahr                           |                                    |
| <input type="checkbox"/> eingetragene Lebens-<br>partnerschaft seit dem | Tag Monat Jahr                           |                                    |
| nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)                            |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> 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

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

durchschnittlich monatlich

Tag Monat Jahr , Tag Monat Jahr EUR

Selbstständigkeit seit dem<sup>1</sup>

Tag Monat Jahr

Gewinn

durchschnittlich monatlich

Tag Monat Jahr , Tag Monat Jahr EUR

Arbeitszeit

durchschnittlich wöchentlich

Tag Monat Jahr , Tag Monat Jahr Stunden

eigene Mitarbeitende

ja     nein

monatliche Renten (Zahlbetrag)<sup>1</sup>

auch Versorgungsbezüge

Tag Monat Jahr , Tag Monat Jahr EUR

sonstige Einnahmen<sup>1</sup>

(Durchschnitt)

Tag Monat Jahr , Tag Monat Jahr EUR

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



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

**1. Kind****2. Kind****Nachname**

Bitte schicken Sie uns eine Geburtsbescheinigung, wenn der Nachname abweicht.

**Vorname****Geschlecht**

weiblich  männlich

weiblich  männlich

divers  unbestimmt

divers  unbestimmt

**Geburtsdatum****Versichertennummer****ggf. abweichende Adresse:**

Straße, Nr.

Straße, Nr.

PLZ, Ort

PLZ, Ort

**Verwandschafts-Verhältnis**

leibliches oder adoptiertes Kind

leibliches oder adoptiertes Kind

Stiefkind  Pflegekind  Enkel

Stiefkind  Pflegekind  Enkel

Mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist  
der leibliche Elternteil meines Kindes.

ja  nein

ja  nein

**Rentenversicherungs-Nummer**

Falls noch keine vergeben wurde,  
brauchen wir folgende Angaben:

Geburtsname und Staatsangehörigkeit

Geburtsname und Staatsangehörigkeit

Geburtsort und -land

Geburtsort und -land

**Bisherige Krankenversicherung**

gesetzlich versichert als Mitglied

gesetzlich versichert als Mitglied

gesetzlich familienversichert

gesetzlich familienversichert

privat bzw. nicht gesetzlich versichert

privat bzw. nicht gesetzlich versichert

Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr

Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr

Name der Krankenkasse/-versicherung

Name der Krankenkasse/-versicherung

**Ausbildung**

Schule  Studium

Schule  Studium

Name der Hochschule

Name der Hochschule

Übergangszeit/  Freiwilliger  
Zwangspause Wehrdienst

Übergangszeit/  Freiwilliger  
Zwangspause Wehrdienst

Bitte schicken Sie uns beim Freiwilligen Wehrdienst eine Kopie der Dienstzeit-Bescheinigung.

**Beschäftigung seit dem**  
auch Minijob

Tag Monat Jahr

Tag Monat Jahr

**Brutto-Arbeitsentgelt**  
durchschnittlich monatlich

Tag Monat Jahr , Tag EUR

Tag Monat Jahr , Tag EUR

**Selbstständigkeit seit dem<sup>1</sup>**

Tag Monat Jahr , Tag EUR

Tag Monat Jahr , Tag EUR

**Gewinn**  
durchschnittlich monatlich

Tag Monat Jahr , Tag EUR

Tag Monat Jahr , Tag EUR

**Arbeitszeit**  
durchschnittlich wöchentlich

Stunden

Stunden

**eigene Mitarbeitende**

ja  nein

ja  nein

**monatliche Renten (Zahlbetrag)<sup>1</sup>**  
auch Versorgungsbezüge

Tag Monat Jahr , Tag EUR

Tag Monat Jahr , Tag EUR

**sonstige Einnahmen (Durchschnitt)<sup>1</sup>**

Tag Monat Jahr , Tag EUR

Tag Monat Jahr , Tag EUR

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

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

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



### **Angaben zum überwiegenden Unterhalt**

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

#### **1. Kind**

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

ja       nein

#### **2. Kind**

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 Gemein-  
schaft eingebunden ist:**

Ich leiste regelmäßig Unterhalt.

ja       nein

ja       nein

Geld- oder Sachleistung

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. Das gilt insbesondere, wenn Kinder familienversichert werden sollen und der andere Elternteil aus der gesetzlichen Krankenversicherung austritt. Oder wenn Sie den anderen 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

