



Pflegeversicherung

Ich möchte Mitglied werden ab
Tag Monat Jahr

Persönliche Angaben

Herr Frau

Name Vorname

Geburtsdatum
Tag Monat Jahr

Straße, Nr.

PLZ Ort

Telefon
freiwillige Angabe

Rentenversicherungs-Nr.

Falls keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:

Geburtsort Staatsangehörigkeit

Geburtsname

Angaben zum letzten Versicherungsverhältnis

Ich war zuletzt versichert bei

Pflegekasse

Ort

von bis
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

pflichtig freiwillig familienversichert

Angaben für die Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung

Ich bin weder gesetzlich noch privat krankenversichert (inkl. Familien- oder Anwartschaftsversicherung).

Ich habe mich von der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen.

Ich habe aufgrund besonderer Vorschriften (z. B. Bundesversorgungsgesetz, Soldaten-Versorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz) Anspruch auf Heil- bzw. Krankenbehandlung, Krankenhilfe oder Krankenvorsorge durch folgende Stelle (z. B. Versorgungsamt)

Name

Straße, Nr.

PLZ Ort

Im Krankheitsfall werden die Leistungen auftragsweise von einer Krankenkasse erbracht.

Ich stehe in einem Dienstverhältnis als Soldat auf Zeit

seit/ab voraussichtlich bis
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Name

Straße, Nr.

PLZ Ort

Ich bin Mutter/Vater eines Kindes/mehrerer Kinder.
Bitte reichen Sie einen entsprechenden Nachweis ein (Kopie, z.B. der Geburtsurkunde reicht aus).

Angaben zum Einkommen (nur für Personen in einem Dienstverhältnis als Soldat auf Zeit)

Art des Einkommens

- Dienstbezüge (Bitte fügen Sie eine Kopie Ihrer letzten Abrechnung bei)
- Renten
- Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung
- Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit
Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres letzten Einkommensteuerbescheides bei
- Einkünfte aus Kapitalvermögen
- sonstige Einnahmen

Höhe des Einkommens

- Mein jährliches Einkommen einschließlich Sonderzahlungen (z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld) liegt in den nächsten zwölf Monaten über 49.500 Euro (Jahresarbeitsentgeltgrenze 2015).

Mein durchschnittliches Einkommen beträgt monatlich , EUR

Ich erhalte jährliche Sonderzahlungen (z. B. Urlaubs-, Weihnachtsgeld) in Höhe von , EUR

Familienversicherung

- Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Kind/er), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Datum / / Unterschrift _____
Tag Monat Jahr

Die Angaben Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist für die Durchführung unserer Aufgaben gemäß § 94 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) in Verbindung mit § 50 SGB XI erforderlich. Die Techniker Krankenkasse nimmt auch die Aufgaben der Techniker Krankenkasse Pflegeversicherung wahr.