

Techniker Krankenkasse
20905 Hamburg

Zahnersatz – Antrag auf weitere Kostenbeteiligung

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Persönliche Angaben

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

Versichertennummer

Familienstand

☐ ledig

☐ verheiratet/verpartnert*

☐ geschieden

☐ verwitwet

☐ getrennt lebend

* eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

Bankverbindung

D, E

IBAN

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Kinder können bis zur Vollendung des 18. Geburtstags berücksichtigt werden. Dies gilt unabhängig davon, ob sie familien-, pflicht-, freiwillig oder nicht gesetzlich versichert sind. Über den 18. Geburtstag hinaus können Kinder berücksichtigt werden, wenn sie nach § 10 SGB V familienversichert sind.

	Nachname	Vorname	Krankenkasse	Geburtsdatum
Versicherte/r				
Ehefrau/Ehemann*				
1. Kind				
2. Kind				

Falls Sie 3 oder mehr Kinder haben, nehmen Sie sich bitte ein weiteres Formular.

* oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

502383914382



Angaben zu den Einnahmen

Unter Einnahmen werden alle Brutto-Einnahmen verstanden, die für den Lebensunterhalt genutzt werden können. Bitte geben Sie Ihre monatlichen Brutto-Einnahmen in EUR an und schicken Sie uns Nachweise in Kopie. **Wichtig:** Wir brauchen die Brutto-Einnahmen aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

	Versicherte/r	Ehefrau/ Ehemann	1. Kind	2. Kind
Renten und Pensionen				
Deutschen Rentenversicherung (DRV) Alters-, Witwen-, Witwer-, Erwerbsminderungsrente				
weitere Renten der DRV				
Versorgungs-/Zusatzversorgungskassen				
Betriebsrente, Ruhegehalt, Vorruhe- standsgeld				
ausländische Rentenversicherungsträger				
private Unfall- oder Lebensversicherung				
gesetzliche Unfallversicherung				
Entgeltersatzleistungen				
Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld				
Elterngeld				
Mutterschaftsgeld und Arbeitgeber- zuschuss				
Erwerbseinkommen				
Lohn/Gehalt aus einer Beschäftigung (auch Minijob)				
Gewinn aus Selbstständigkeit				
Gewinn aus Land- und Forstwirtschaft				
Sonstiges				
Einmalzahlungen, Abfindungen, Prämien z. B. Weihnachts-/Urlaubsgeld				
Pacht- und/oder Mieteinnahmen Überschuss				
Zinsen aus Kapitalvermögen auch wenn sie steuerfrei sind				
Unterhalt auch der Geldwert von Sachbezügen				
sonstige Einnahmen z. B. Bafög, Wohngeld, Geldgeschenke				
Arbeitslosengeld I				
Eine der folgenden Sozialleistungen: Bürgergeld, Sozialhilfe, Heim- unterbringungskosten, Grundsicherungs- leistung im Alter oder Erwerbsminderung				

502383914382



Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angabe

Eine Erstattung von einer anderen Stelle habe ich für diesen Zahnersatz nicht erhalten und werde ich nicht erhalten.

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 § 99 SGB X i. V. m. § 60 SGB I.

502383914382

