



Techniker Krankenkasse

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Vers.-Nr. _____

Ich möchte weiterhin Mitglied der Techniker Krankenkasse bleiben

Anlass für die Anwartschaftsversicherung

Auslandsaufenthalt in _____

Voraussichtliche Dauer des Auslandsaufenthaltes vom

Tag	Monat	Jahr	

 bis

Tag	Monat	Jahr	

Auslandsjob bei einem ausländischen Arbeitgeber

Auslandsjob bei bestehendem inländischen Beschäftigungsverhältnis (Entsendung)

Name des Arbeitgebers _____

Bitte fügen Sie einen Nachweis Ihres privaten Krankenversicherungsschutzes bei.

Auslandsjob des Ehegatten/Lebenspartners/Elternteiles

selbstständige Tätigkeit sonstiger Auslandsaufenthalt

Ich habe familienversicherte Angehörige, die mich ab

Tag	Monat	Jahr	

 ins Ausland begleiten.

Tätigkeit als Zeitsoldat

Beginn der Dienstpflicht bzw. Übung

Tag	Monat	Jahr	

 voraussichtliches Ende

Tag	Monat	Jahr	

Anspruch auf Gesundheitsfürsorge

Beginn des Anspruchs

Tag	Monat	Jahr	

 voraussichtliches Ende

Tag	Monat	Jahr	

Pflegeversicherung

Ich bin Mutter/Vater eines Kindes/mehrerer Kinder.
Reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis ein, z. B. eine Kopie der Geburtsurkunde.

Die Beiträge zahlt mein Arbeitgeber an die TK.

Während meines Aufenthaltes im Ausland / meiner Tätigkeit als Zeitsoldat / der Gesundheitsfürsorge bin ich unter folgender Adresse zu erreichen:

Name, ggf. Postzusatz _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Land _____ Telefon* _____

E-Mail* _____ Fax* _____

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig. Die Angaben helfen uns aber, Sie auch im Ausland direkt zu erreichen. Kennen Sie schon das TK-Postfach, Ihren persönlichen Online-Briefkasten in "Meine TK"? Informationen finden Sie auf tk.de, Suchnummer 2016754.

Datum

Tag	Monat	Jahr			

Unterschrift _____

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage hierfür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und § 94 SGB XI (SGB XI).



ANTWORT

Techniker Krankenkasse
22790 Hamburg

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Vers.-Nr. _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: **DE51TK10000031158**

Mandatsreferenznummer: **wird nachgereicht**

Ich ermächtige die Techniker Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Techniker Krankenkasse auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichte ich mich, die Techniker Krankenkasse bei Beendigung meines Mandats zu benachrichtigen.

Einzug meines Beitrags von folgendem Konto ab
Monat Jahr

IBAN **D E**

Nur auszufüllen bei abweichendem Kontoinhaber

Name und Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Ort _____

Datum
Tag Monat Jahr

Unterschrift _____
Kontoinhaber/in

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