Vorname, Nachname der/des Beschäftigten

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Geschäftszeichen

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Klärung der Mitgliedschaft

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

Angaben zum Arbeitgeber

Name:
Adresse:

Betriebsnummer:

Angaben zur Krankenversicherung

war in den letzten 18 Monaten vor Beginn ihrer/seiner aktuellen Beschäftigung

☐ gesetzlich krankenversichert bei:

Name der Krankenkasse

Straße, Nr.

PLZ Ort

☐ nicht gesetzlich krankenversichert, sondern:

☐ privat versichert ☐ im Ausland versichert

☐ anderweitig abgesichert: z. B. freie Heilfürsorge

KR300060

Angaben für Rückfragen

Telefon freiwillige Angabe

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Datum, Unterschrift, Stempel