
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

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift, Stempel

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

KR300060