



Deutsche Post 
ANTWORT

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

### Familienversicherung

Mein Ehe-/Lebenspartner\* soll beitragsfrei mitversichert werden ab \_\_\_\_\_
Tag Monat Jahr

Mein/e Kind/er soll/en beitragsfrei mitversichert werden ab \_\_\_\_\_
Bitte ein Datum angeben. Fehlende Angaben oder Angaben wie „ab sofort“ sind nicht rechtsgültig.
Tag Monat Jahr

#### Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft Heirat
Geburt meines Kindes
Beendigung vorheriger Mitgliedschaft meines Angehörigen
Sonstiges

#### Familienstand

- verheiratet getrennt lebend verwitwet
ledig geschieden
eingetragene Lebenspartnerschaft\*

#### Bisherige Krankenversicherung

- Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse
Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse
privat versichert/nicht gesetzlich versichert

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

#### Ehepartner oder Lebenspartner\*

Auch wenn Sie Ihren Ehe-/Lebenspartner\* nicht bei uns mitversichern möchten, benötigen wir folgende Angaben von Ihnen.

Name \_\_\_\_\_
Bei abweichendem Nachnamen zum Mitglied fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bei.

Vorname \_\_\_\_\_

ggf. TK-Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_
Tag Monat Jahr

Rentenversicherungs-Nr. \_\_\_\_\_
Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort und -land \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

\* nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

ggf. abweichende Anschrift

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Bisherige Krankenversicherung des Ehe-/Lebenspartners\*

- Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse
Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse
privat versichert/nicht gesetzlich versichert

Wenn keine gesetzliche Krankenversicherung vorliegt und Ihre Kinder versichert werden sollen, bitte einen Einkommensnachweis beifügen.

von \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Name der Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Familienversicherung aus der Mitgliedschaft von Name, Vorname \_\_\_\_\_

Mein Ehe-/Lebenspartner\* hat eigenes Einkommen  ja  nein

#### Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Punkte für Ihren Ehe-/Lebenspartner\*:

Beschäftigung (auch Minijob) seit dem \_\_\_\_\_
Tag Monat Jahr

durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt monatlich EUR \_\_\_\_\_

selbstständige Tätigkeit seit dem \_\_\_\_\_
Tag Monat Jahr

durchschnittlicher Gewinn monatlich EUR \_\_\_\_\_

durchschnittliche Arbeitszeit wöchentlich Stunden \_\_\_\_\_

selbstständige Tätigkeit als Tagesmutter/-vater  ja  nein


Arbeitslosengeld II seit dem \_\_\_\_\_
Tag Monat Jahr

Versorgungsbezüge/Betriebsrenten, ausländische, gesetzliche oder sonstige Renten; monatl. Zahlbetrag EUR \_\_\_\_\_

sonstige durchschnittliche Einnahmen monatlich EUR \_\_\_\_\_

Art der Einnahmen (z. B. Miete, Zinsen, Unterhaltszahlungen) \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie uns eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheides (bei Zinseinnahmen eine Zinsbescheinigung) zu.

	1. Kind	2. Kind
Nachname	_____	_____
Vorname	_____	_____
Bitte fügen Sie bei abweichendem Nachnamen eine Geburtsbescheinigung bei.		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum oder TK-Versicherungs-Nr.	_____	_____
ggf. abweichende Anschrift: Straße, Nr.	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel
Mein Ehe-/Lebenspartner ist der leibliche Elternteil des Kindes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungsnummer	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Falls noch keine Rentenversicherungs-Nr. vorliegt, bitte angeben:	_____	_____
Geburtsname	_____	_____
Geburtsort und -land	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____
bisherige Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> privat/nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> privat/nicht gesetzlich versichert
oder		
Versicherungszeitraum	_ _ _ _ _ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _  Tag Monat Jahr    Tag Monat Jahr	_ _ _ _ _ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _  Tag Monat Jahr    Tag Monat Jahr
Name der Krankenversicherung	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsentgelt	EUR _____	_____
durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob	EUR _____	_____
monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit	EUR _____	_____
selbstständige Tätigkeit als Tagesmutter-/vater	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versorgungsbezüge/Betriebsrenten, ausländische, gesetzliche oder sonstige Renten; monatl. Zahlbetrag	EUR _____	_____
sonstige durchschnittliche monatliche Einnahmen	EUR _____	_____
Art der Einnahmen (z. B. Miete, Zinsen, Unterhaltszahlungen)	_____	_____
Bitte senden Sie uns eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheides (bei Zinseinnahmen eine Zinsbescheinigung) zu.	_____	_____
Bezug von Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulbesuch	_____	_____
Bei Kindern ab 23 Jahren fügen Sie bitte eine aktuelle Schulbescheinigung bei.	_ _ _ _ _ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _  Tag Monat Jahr    Tag Monat Jahr	_ _ _ _ _ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _  Tag Monat Jahr    Tag Monat Jahr
Schulart (freiwillige Angabe)	_____	_____
Studium	_____	_____
Bei Kindern ab 23 Jahren fügen Sie bitte einen aktuellen Studiennachweis bei.	_ _ _ _ _ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _  Tag Monat Jahr    Tag Monat Jahr	_ _ _ _ _ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _  Tag Monat Jahr    Tag Monat Jahr
Art der Hochschule (freiwillige Angabe)	_____	_____
Dienst (Wehr-/Zivildienst bzw. Freiwilligendienst) 	_____	_____
Fügen Sie bitte eine Dienstzeitbescheinigung oder einen Nachweis über den Freiwilligendienst bei.	_ _ _ _ _ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _  Tag Monat Jahr    Tag Monat Jahr	_ _ _ _ _ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _  Tag Monat Jahr    Tag Monat Jahr

## Informationen zum überwiegenden Unterhalt

Die weiteren Angaben brauchen wir, um zu prüfen, ob Sie für die beitragsfreie Familienversicherung von Stief- oder Enkelkindern den überwiegenden Unterhalt leisten. Machen Sie Angaben zu den Nettoeinnahmen aller zum Haushalt gehörenden Personen. Geben Sie auch namentlich nicht aufgeführte Personen an. Bitte senden Sie Einkommensnachweise als Kopie mit.

Meine durchschnittlichen Einnahmen (netto) ohne Kindergeld betragen monatlich EUR \_\_\_\_\_

Art der Einnahmen (z. B. Arbeitsentgelt, Rente) \_\_\_\_\_

Ich bin berufstätig

ganztags

halbtags

Mein Ehe-/Lebenspartner\* ist berufstätig

ganztags

halbtags

### Angaben zum

### Ehe-/Lebenspartner\*

### Kind / sonst. Angehörigen

### Kind / sonst. Angehörigen

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Einnahmen mtl. in EUR  
netto, ohne Kindergeld \_\_\_\_\_

Art der Einnahmen  
z. B. Arbeitsentgelt, Rente,  
Einkommen aus selbstständiger  
Tätigkeit. \_\_\_\_\_

Ich erhalte für meine Angehörigen Unterhalt vom  
leiblichen Elternteil in Höhe von

EUR \_\_\_\_\_

EUR \_\_\_\_\_

Ich lebe mit meinen An-  
gehörigen in einer häus-  
lichen Gemeinschaft  ja  nein

ja  nein

ja  nein

Wenn nein: Ich trage mehr als die Hälfte der  
Unterhaltsmittel meines Angehörigen

ja  nein

ja  nein

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Ich informiere Sie, wenn sich etwas ändert, z. B. die Höhe des Einkommens oder der Beginn einer eigenen Mitgliedschaft meiner Familienangehörigen.

Bei Fragen helfen Sie uns mit folgenden Angaben

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Datum 

Tag	Monat	Jahr			

Unterschrift \_\_\_\_\_

ggf. Unterschrift der Angehörigen \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift erkläre ich, dass ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten habe.

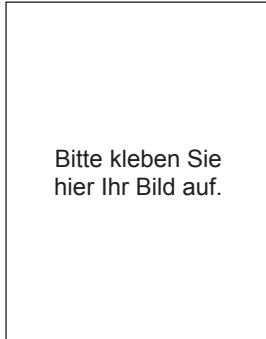
Leben Sie getrennt, reicht Ihre Unterschrift.

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



Die TK ist verpflichtet, regelmäßig die Voraussetzungen für die Familienversicherung zu überprüfen. Warum? - Alles Wissenswerte zur Familienversicherung haben wir in einem kurzen Film zusammengefasst. Scannen Sie den QR-Code links mit einem Barcode-Scanner und Sie gelangen direkt zum Film auf [YouTube](#). Alternativ können Sie auch auf [www.tk.de](http://www.tk.de) den Webcode 386286 in das Suchfeld eingeben.

## Ihr Bild für die elektronische Gesundheitskarte



Damit Sie rechtzeitig zu Beginn Ihrer Versicherung eine elektronische Gesundheitskarte erhalten, benötigen wir ein Passbild von Ihnen (Ausnahme: Versicherte unter 15 Jahren).

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und kleben Ihr Originalbild auf den dafür vorgesehenen Platzhalter.

Eine Übersendung per E-Mail dürfen wir nicht akzeptieren.

### Persönliche Angaben

Herr  Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Tag      Monat      Jahr

PLZ, Ort

Versichertennummer

Rentenversicherungs-Nr.

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Ich bestätige, dass das Passbild mich darstellt.

Datum

Tag      Monat      Jahr

Unterschrift \_\_\_\_\_

### Hinweise zum Bild

Ideal ist ein aktuelles Foto, das einem Passbild entspricht. Es muss nicht biometrisch sein, sollte aber folgende Eigenschaften haben:

- > circa 45 mm x 35 mm groß
- > möglichst neutraler Hintergrund
- > klar erkennbares Gesicht, von vorn fotografiert

Sie können frei entscheiden, ob das Foto farbig oder schwarz-weiß sein soll. Bitte verwenden Sie weder Kopien noch selbst erstellte Ausdrücke von Bildern. Diese können aus Qualitätsgründen nicht verarbeitet werden.

Deutsche Post   
*ANTWORT*

Techniker Krankenkasse  
20901 Hamburg