

Nachname, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:



Deutsche Post 

ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Mein Einkommen

Einreise nach Deutschland

Ich bin nach Deutschland eingereist am
(bei vorherigem Wohnsitz im Ausland)

Tag Monat Jahr

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Denken Sie bitte an Nachweise (z. B. einen vollständigen Einkommensteuerbescheid, Gehaltsbescheinigungen, Konto-Auszüge) – Kopien reichen. Angaben, die nicht das Einkommen betreffen, können Sie schwärzen.

Angaben zum Einkommen

Angaben ab/seit dem (Datum der letzten Änderung)

Tag Monat Jahr

☐ monatliches Brutto-Arbeitsentgelt

EUR

aus einer Beschäftigung, auch aus einem Minijob

ggf. jährliche Sonderzahlungen

EUR

z. B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld

☐ monatliche gesetzliche Renten

EUR

z. B. Altersrente, Witwen-/Witwerrente, Erwerbsminderungs-Rente

☐ monatliche gesetzliche Auslandsrenten

EUR

ggf. jährliche Sonderzahlungen

EUR

☐ monatliche sonstige Renten

EUR

z. B. aus privaten Lebensversicherungen

☐ monatliche Versorgungsbezüge

EUR

z. B. Betriebsrente

ggf. jährliche Sonderzahlungen

EUR

☐ monatliche Beamtenbezüge (brutto)

EUR

ggf. jährliche Sonderzahlungen

EUR

z. B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld

☐ monatliche Pensionsbezüge

EUR

ggf. jährliche Sonderzahlungen

EUR

☐ monatliche Einkünfte aus
Selbstständigkeit

EUR

502401694735



Sonstiges Einkommen

☐ monatliche Einkünfte aus Kapitalvermögen _____, ____ EUR

☐ monatliche Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung _____, ____ EUR

Bitte machen Sie auch Angaben zu Ihrem Einkommensteuer-Bescheid.

☐ Mein letzter Einkommensteuer-Bescheid liegt Ihnen vor für _____ Jahr

Bitte senden Sie uns einen neuen Steuerbescheid, sobald sie ihn erhalten.

☐ Ich habe noch keinen Einkommensteuer-Bescheid, aus dem die Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung hervorgehen.

Bitte senden Sie uns einen Nachweis in Kopie, z. B. Miet- oder Pachtvertrag.

☐ monatliches sonstiges Einkommen _____, ____ EUR

Art des Einkommens

z. B. Unterhalt

Ich habe kein eigenes Einkommen und bestreite meinen Lebensunterhalt durch

☐ Ersparnisse. ☐ Unterstützung. ☐ Sonstiges:

Unterstützung: z. B. durch Eltern oder Großeltern

Art des Lebensunterhalts

Angaben zum Familienstand

Ich bin

☐ ledig. ☐ verheiratet bzw. in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschafts-Gesetz (LPartG)

☐ geschieden. ☐ verwitwet. ☐ getrennt lebend.

ggf. seit dem _____
Tag Monat Jahr

Angaben zur Ehe-/Lebenspartnerin bzw. zum Ehe-/Lebenspartner und zu unterhaltsberechtigten Kindern

Mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. ☐ ja ☐ nein

z. B. AOK, BKK, TK

Weitere Angaben, wenn mein/e Ehe-/Lebenspartner/in nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert ist:

Eventuell wird ihr/sein Einkommen bei der Beitragsberechnung ebenfalls berücksichtigt. Bitte schicken Sie uns Einkommensnachweise in Kopie.

☐ monatliche Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung _____, ____ EUR

☐ monatliche Einkünfte aus Selbstständigkeit _____, ____ EUR

☐ monatliches sonstiges Einkommen _____, ____ EUR

Art des sonstigen Einkommens

z. B. Gehalt, Beamtenbezüge

ggf. jährliche Sonderzahlungen _____, ____ EUR

502401694735



Für unterhaltsberechtignte Kinder kann möglicherweise ein Freibetrag vom Einkommen der Ehe-/Lebenspartnerin bzw. des Ehe-/Lebenspartners abgezogen werden. Dafür sind folgende Angaben wichtig:

Bitte senden Sie uns einen aktuellen Kindergeldbescheid, sofern Sie Kindergeld erhalten.

Angaben zum 1. Kind

Angaben zum 2. Kind

Die Angaben brauchen wir nur, wenn das Kind **unterhaltsberechtignt** ist. Ansonsten machen Sie bitte bei den Angaben zur Pflegeversicherung weiter.

Vorname

Vorname

Nachname

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

gemeinsames
leibliches Kind ☐ ja ☐ nein

gemeinsames
leibliches Kind ☐ ja ☐ nein

Dazu gehören auch Adoptivkinder.

wenn **nein**: Kind von

wenn **nein**: Kind von

☐ mir ☐ meiner/meinem
Ehe-/Lebens-
partner/in

☐ mir ☐ meiner/meinem
Ehe-/Lebens-
partner/in

wenn **Kind von meiner/meinem Ehe-/Lebenspartner/in**: Die bzw. der **geschiedene** Ehe-/Lebenspartner/in zahlt Unterhalt

☐ ja ☐ nein, weil:

☐ ja ☐ nein, weil:

☐ familienversichert

☐ familienversichert

☐ selbst gesetzlich versichert

☐ selbst gesetzlich versichert

☐ privat versichert

☐ privat versichert

Weitere Angaben, wenn Kinder nicht familienversichert sind:

regelmäßiges monatliches Einkommen

regelmäßiges monatliches Einkommen

, EUR

, EUR

z. B. Brutto-Arbeitsentgelt, Einkünfte aus Selbstständigkeit oder aus Kapitalvermögen

Art des Einkommens

Art des Einkommens

Art der Tätigkeit

Art der Tätigkeit

z. B. Schüler/in, Student/in, Azubi

Angaben zum 3. Kind

Angaben zum 4. Kind

Vorname

Vorname

Nachname

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

gemeinsames
leibliches Kind ☐ ja ☐ nein

gemeinsames
leibliches Kind ☐ ja ☐ nein

Dazu gehören auch Adoptivkinder.

wenn **nein**: Kind von

wenn **nein**: Kind von

☐ mir ☐ meiner/meinem
Ehe-/Lebens-
partner/in

☐ mir ☐ meiner/meinem
Ehe-/Lebens-
partner/in



Angaben zum 3. Kind (Fortsetzung)

Angaben zum 4. Kind (Fortsetzung)

wenn **Kind von meiner/meinem Ehe-/Lebenspartner/in**: Die bzw. der **geschiedene** Ehe-/Lebenspartner/in zahlt Unterhalt

☐ ja

☐ nein, weil:

☐ ja

☐ nein, weil:

☐ familienversichert

☐ familienversichert

☐ selbst gesetzlich versichert

☐ selbst gesetzlich versichert

☐ privat versichert

☐ privat versichert

Weitere Angaben, wenn Kinder nicht familienversichert sind:

regelmäßiges monatliches Einkommen

regelmäßiges monatliches Einkommen

_____, ____ EUR

_____, ____ EUR

z. B. Brutto-Arbeitsentgelt, Einkünfte aus Selbstständigkeit oder aus Kapitalvermögen

Art des Einkommens

Art des Einkommens

Art der Tätigkeit

Art der Tätigkeit

z. B. Schüler/in, Student/in, Azubi

Angaben zur Pflegeversicherung

Die Angaben zum Einkommen verwenden wir auch für die TK-Pflegeversicherung.

☐ Ich habe nach Beamtenrecht bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.

☐ Ich bin Mutter bzw. Vater eines Kindes/mehrerer Kinder.

Falls noch nicht geschehen, senden Sie uns bitte einen entsprechenden Nachweis, z. B. eine Kopie der Geburtsurkunde.

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

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

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

50240 1694735

