

Angaben zum letzten Versicherungs-Verhältnis

Ich war vom / / Tag Monat Jahr bis zum / / Tag Monat Jahr
als Mitglied pflichtversichert. Mitglied freiwillig versichert. Angehörige/r familienversichert.

Ich war zuletzt versichert bei:

Name der Pflegekasse

Straße, Nr.
/ PLZ Ort

Angaben für die TK-Pflegeversicherung

Ich bin bei keiner anderen Versicherung pflegeversichert.

z. B. Mitglied einer anderen Pflegekasse, Familienversicherung, privaten Pflegeversicherung

Ich habe mich von der Pflegeversicherung befreien lassen.

Ich habe aufgrund besonderer Vorschriften Anspruch auf Heil- bzw. Krankenbehandlung. Folgende Stelle übernimmt dafür die Kosten:

z. B. Lastenausgleichs-Gesetz, Bundes- oder Soldatenversorgungs-Gesetz

Name des Amtes

Straße, Nr.
/ PLZ Ort

z. B. Versorgungsamt

Meine Behandlungskosten werden auftragsweise von einer anderen Krankenkasse übernommen.

Ich bin Soldatin bzw. Soldat auf Zeit

seit/ab dem / / Tag Monat Jahr voraussichtlich bis / / Tag Monat Jahr

Name des Dienstorts

Straße, Nr.
/ PLZ Ort

Ich bin Mutter bzw. Vater eines Kinds/mehrerer Kinder.

Bitte senden Sie uns einen Nachweis in Kopie, z. B. einen Kindergeld-Bescheid oder eine Geburtsurkunde.

503230614294



