Deutsche Post
ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Pflegeversicherung

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Persönliche Angaben

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

Nachname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Versichertennummer

Rentenversicherungs-Nummer

☐ Ich habe noch keine Rentenversicherungs-Nummer.

Diese Angaben brauchen wir nur, wenn Sie noch keine Rentenversicherungs-Nummer haben.

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Angaben zur Mitgliedschaft

☐ Ich möchte Mitglied werden ab dem

Tag Monat Jahr

503230614294

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 Amts

z. B. Versorgungsamt

Straße, Nr.

PLZ Ort

☐ 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

Angaben zum Aufenthalt im Ausland

☐ Ich möchte während meines Auslandsaufenthalts Leistungen der Pflegeversicherung in Deutschland erhalten.

nur möglich bei einem Aufenthalt in den **EU/EWR-Staaten oder der Schweiz** (ohne die Niederlande und Luxemburg)

☐ Ich habe meinen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland ab dem _____ Tag Monat Jahr

Bitte geben Sie uns Ihre Adresse im Ausland an, wenn sie uns noch nicht bekannt ist.

Straße, Nr.

ggf. Zusatz

PLZ, Ort

Land

☐ Dies gilt auch für meine mitversicherten Familienangehörigen.

Angaben zu meinen Einnahmen

Diese Angaben brauchen wir nur, wenn Sie Leistungen der Pflegeversicherung erhalten möchten.

Bitte schicken Sie uns Nachweise in Kopie, z. B. eine Abrechnung der Dienstbezüge oder einen Einkommensteuer-Bescheid.

Ich habe folgende Einnahmen:

☐ Dienstbezüge

☐ Renten

☐ Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung

☐ Einkünfte aus Kapitalvermögen

☐ Einkünfte aus einer selbstständigen Beschäftigung

☐ sonstige Einnahmen: _____

☐ Mein durchschnittliches Einkommen beträgt monatlich _____ , __ EUR

☐ Ich erhalte jährliche Sonderzahlungen von _____ , __ EUR

Familienversicherung

☐ Ich habe Familienangehörige, die nicht selbst pflegeversichert sind und beitragsfrei mitversichert werden sollen.

z. B. Lebenspartner, Ehegattin, Kinder

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 (ggf. gesetzliche Vertretung)

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 94 SGB XI und § 50 Abs. 3 SGB XI.

503230614294