
Vorname, Name

Geburtsdatum



Deutsche Post 
ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20902 Hamburg

Antrag auf Aufnahme in die Familienversicherung

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Ich beantrage die Familienversicherung für

meine/n Ehepartner/in oder meine/n Lebenspartner/in nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) ab dem

Tag	Monat	Jahr	Jahr

Anlass für die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt eines Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft der/des Angehörigen Sonstiges

Sonstiges

Persönliche Angaben

- verheiratet seit

Tag	Monat	Jahr

 eingetragene Lebenspartnerschaft seit

Tag	Monat	Jahr

 nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
- geschieden seit

Tag	Monat	Jahr

 getrennt lebend verwitwet ledig

Bisherige Krankenversicherung

Ich war vor meiner Mitgliedschaft bei der Techniker Krankenkasse

- privat versichert/nicht gesetzlich versichert (z. B. freie Heilfürsorge, Beihilfe)
 gesetzlich versichert als Familienversicherte/r Mitglied

Name der Krankenkasse/-versicherung von

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Kontaktangaben

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Angaben zu meiner Ehe-/Lebenspartnerin bzw. meinem Ehe-/Lebenspartner

Die Angaben zu Ihrer Ehe-/Lebenspartnerin bzw. Ihrem Ehe-/Lebenspartner sind auch dann erforderlich, wenn die Familienversicherung ausschließlich für Ihre Kinder beantragt wird. Neben den allgemeinen Angaben sind auch die Informationen zur Krankenversicherung Ihrer Ehe-/Lebenspartnerin bzw. Ihres Ehe-/Lebenspartners erforderlich.

männlich weiblich divers

Geburtsdatum (TT MM JJ)

Vorname

Nachname (Bitte senden Sie uns bei abweichendem Nachnamen eine Ehe- oder Lebenspartnerschaftsurkunde.)

ggf. abweichende Anschrift: Straße, Nr.

PLZ

Ort

Versichertennummer

Rentenversicherungsnummer

Wurde noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben, brauchen wir folgende Angaben:

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Krankenversicherung

Mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist/war

privat versichert/nicht gesetzlich versichert (z. B. freie Heilfürsorge, Beihilfe)

gesetzlich versichert als Familienversicherte/r Mitglied

Name der Krankenkasse/-versicherung

von bis

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

ggf. Vorname und Nachname der Person, bei der die bisherige Familienversicherung bestand

Einkommen meiner Ehe-/Lebenspartnerin bzw. meines Ehe-/Lebenspartners

Die Angaben und Einkommensnachweise sind auch dann erforderlich, wenn die Familienversicherung ausschließlich für Ihre Kinder beantragt wird und Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist.

geringfügige Beschäftigung/Minijob von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

durchschnittliches monatliches Brutto-Arbeitsentgelt , EUR

mehr als geringfügige Beschäftigung von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

durchschnittliches monatliches Brutto-Arbeitsentgelt , EUR

Selbstständigkeit von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

Fügen Sie bitte eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheids bei.

als Tagesmutter/-vater
Diese Angabe brauchen wir nur für Zeiten vor 2019.

Ich beschäftige gleichzeitig mehrere geringfügig entlohnte Arbeitnehmer/-innen, deren Brutto-Arbeitsentgelt zusammen die Geringfügigkeitsgrenze überschreitet.

wöchentl. Arbeitszeit , Stunden monatlicher Gewinn , EUR

Versorgungsbezüge; Betriebsrenten; ausländische, gesetzliche oder sonstige Renten von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr
Bitte fügen Sie eine Kopie der Nachweise für diese Bezüge bei.

Art der Einnahmen monatlicher Zahlbetrag , EUR

sonstiges Einkommen (z. B. Einkünfte aus Vermietung oder Kapitalvermögen, Unterhalt, Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) von Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheids bzw. einer Zinsbescheinigung bei Kapitalvermögen bei.

Art des Einkommens monatliches Einkommen , EUR

Ich bestätige, dass meine Angaben richtig sind. Über Änderungen informiere ich Sie so schnell wie möglich. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei Selbstständigkeit) oder diese Mitglied bei einer (anderen) Krankenkasse werden.

Tag Monat Jahr

Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, dass die Familienangehörigen der Abgabe der erforderlichen Daten zugestimmt haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Angehörigen aus.

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Die Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 DSGVO durch die TK finden Sie auf tk.de, Suchnummer 2029224.