

# Mitgliedschaftsantrag für Auszubildende

Fax: 0800 - 285 85 89-692 37  
(gebührenfrei innerhalb Deutschlands)

Ich möchte TK-Mitglied werden ab \_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben**  Herr  Frau

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Telefon\* \_\_\_\_\_

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

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_  
Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte.

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

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Bitte beantragen Sie einen Sozialversicherungsausweis für mich.  
Sie erhalten diesen in den nächsten Tagen per Post direkt vom  
Rentenversicherungsträger.

## Angaben zum letzten Versicherungsverhältnis

Ich war zuletzt versichert bei

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

pflichtig  freiwillig  privat  familienversichert

Kündigungsbestätigung\*\*

liegt bei  wird nachgereicht

## Angaben zu Ihrer Ausbildung

Ausbildungsberuf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen.  
Bitte senden Sie uns eine Kopie der Befreiung zu.

## Rentenbezug

Ich beziehe aktuell Rente bzw. habe Rente beantragt.

Ich erhalte aktuell Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente, Pension).

## Angaben zur Familie

Ich möchte Angehörige (Ehe-/Lebenspartner/-in nach dem  
Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder) beitragsfrei mitversichern.

Antrag auf Familienversicherung

liegt bei  wird nachgereicht  bitte zusenden

## Angaben für die TK-Pflegeversicherung

Ich bin von der Pflicht zur sozialen Pflegeversicherung befreit.  
Bitte senden Sie uns eine Kopie der Befreiung zu.

Ich bin Mutter/Vater eines Kindes/mehrerer Kinder.  
Wir brauchen die Angabe, um Ihre Beiträge zur Pflegeversicherung  
korrekt berechnen zu können. Reichen Sie bitte einen entsprechen-  
den Nachweis ein, z. B. eine Kopie der Geburtsurkunde.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift **X** \_\_\_\_\_

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

\* Freiwillige Angaben.

\*\* Sind Sie aktuell Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, kann die  
Mitgliedschaft bei der TK nur bei Vorliegen einer Kündigungsbestäti-  
gung beginnen. Waren Sie bisher familien- oder privat versichert, ist  
keine Kündigungsbestätigung erforderlich.

pma-Partnernummer:

## Daten des Beraters

Gesellschaft, Name \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Standort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

TK-Partnernummer **T** \_\_\_\_\_  
(wird von der TK bei Eingang Ihres ersten Antrags vergeben)



3058344942

