

# Mitgliedschaftsantrag für Berufstätige

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 \_\_\_\_\_

## Angaben zum letzten Versicherungsverhältnis

Ich war zuletzt versichert bei

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

pflichtig  freiwillig  privat  familienversichert

Kündigungsbestätigung\*\*

liegt bei  wird nachgereicht

## Angaben für die Versicherung bei der TK

Ich bin beschäftigt/tätig als

Es handelt sich um meine erste Beschäftigung als Arbeitnehmer/-in  
in Deutschland.

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

## Daten des Beraters

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

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

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

Beschäftigt ab/seit \_\_\_\_\_

Ich bin selbstständig.  Ich bin Gesellschafter/-in und/oder  
Geschäftsführer/-in einer GmbH.

Mein monatliches Bruttoentgelt beträgt

bis zu 450 Euro (Minijob).  mehr als die aktuelle  
Versicherungspflichtgrenze.\*\*\*

Erhalten Sie Einmalzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Urlaubsgeld?  
Dann zählen Sie zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen einfach  
ein Zwölftel der Einmalzahlungen dazu.

Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen.

Ich habe mich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen.

Bitte senden Sie uns Kopien 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 entspre-  
chenden 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.

\*\*\* Auf [www.tk.de](http://www.tk.de) können Sie mit dem Webcode 4400 die aktuelle  
Versicherungspflichtgrenze einsehen.

pma-Partnernummer:



3058344451