



Deutsche Post
ANTWORT

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Vers.-Nr. _____

Familienversicherung

Mein Ehe-/Lebenspartner* soll beitragsfrei mitversichert werden ab _____
Tag Monat Jahr

Mein/e Kind/er soll/en beitragsfrei mitversichert werden ab _____
Bitte ein Datum angeben. Fehlende Angaben oder Angaben wie „ab sofort“ sind nicht rechtsgültig.
Tag Monat Jahr

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft Heirat
- Geburt meines Kindes
- Beendigung vorheriger Mitgliedschaft meines Angehörigen
- Sonstiges _____

Familienstand

- verheiratet getrennt lebend verwitwet
- ledig geschieden
- eingetragene Lebenspartnerschaft*

Bisherige Krankenversicherung

- Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse
- Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse
- privat versichert/nicht gesetzlich versichert

Krankenversicherung _____

Ehepartner oder Lebenspartner*

Auch wenn Sie Ihren Ehe-/Lebenspartner* nicht bei uns mitversichern möchten, benötigen wir folgende Angaben von Ihnen.

Name _____
Bei abweichendem Nachnamen zum Mitglied fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bei.

Vorname _____

ggf. TK-Versicherungs-Nr. _____

Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr

Rentenversicherungs-Nr. _____
Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:

Geburtsname _____

Geburtsort und -land _____

Staatsangehörigkeit _____

* nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

ggf. abweichende Anschrift

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Bisherige Krankenversicherung des Ehe-/Lebenspartners*

- Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse
- Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse
- privat versichert/nicht gesetzlich versichert

Wenn keine gesetzliche Krankenversicherung vorliegt und Ihre Kinder versichert werden sollen, bitte einen Einkommensnachweis beifügen.

von _____ - _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Name der Krankenversicherung _____

Familienversicherung aus der Mitgliedschaft von Name, Vorname _____

Mein Ehe-/Lebenspartner* hat eigenes Einkommen ja nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte folgende Punkte für Ihren Ehe-/Lebenspartner*:

Beschäftigung (auch Minijob) seit dem _____
Tag Monat Jahr

durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt monatlich EUR _____

selbstständige Tätigkeit seit dem _____
Tag Monat Jahr

durchschnittlicher Gewinn monatlich EUR _____

durchschnittliche Arbeitszeit wöchentlich Stunden _____

selbstständige Tätigkeit als Tagesmutter/-vater ja nein


Arbeitslosengeld II seit dem _____
Tag Monat Jahr

Versorgungsbezüge/Betriebsrenten, ausländische, gesetzliche oder sonstige Renten; monatl. Zahlbetrag EUR _____

sonstige durchschnittliche Einnahmen monatlich EUR _____

Art der Einnahmen (z. B. Miete, Zinsen, Unterhaltszahlungen) _____

Bitte senden Sie uns eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheides (bei Zinseinnahmen eine Zinsbescheinigung) zu.

	1. Kind	2. Kind
Nachname	_____	_____
Vorname	_____	_____
Bitte fügen Sie bei abweichendem Nachnamen eine Geburtsbescheinigung bei.		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum oder TK-Versicherungs-Nr.	_____	_____
ggf. abweichende Anschrift: Straße, Nr.	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel
Mein Ehe-/Lebenspartner ist der leibliche Elternteil des Kindes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungsnummer	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Falls noch keine Rentenversicherungs-Nr. vorliegt, bitte angeben:	_____	_____
Geburtsname	_____	_____
Geburtsort und -land	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____
bisherige Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> privat/nicht gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> privat/nicht gesetzlich versichert
oder		
Versicherungszeitraum	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Name der Krankenversicherung	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsentgelt	EUR _____	_____
durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob	EUR _____	_____
monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit	EUR _____	_____
selbstständige Tätigkeit als Tagesmutter-/vater	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versorgungsbezüge/Betriebsrenten, ausländische, gesetzliche oder sonstige Renten; monatl. Zahlbetrag	EUR _____	_____
sonstige durchschnittliche monatliche Einnahmen	EUR _____	_____
Art der Einnahmen (z. B. Miete, Zinsen, Unterhaltszahlungen)	_____	_____
Bitte senden Sie uns eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheides (bei Zinseinnahmen eine Zinsbescheinigung) zu.	_____	_____
Bezug von Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulbesuch	_____	_____
Bei Kindern ab 23 Jahren fügen Sie bitte eine aktuelle Schulbescheinigung bei.	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Schulart (freiwillige Angabe)	_____	_____
Studium	_____	_____
Bei Kindern ab 23 Jahren fügen Sie bitte einen aktuellen Studiennachweis bei.	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Art der Hochschule (freiwillige Angabe)	_____	_____
Dienst (Wehr-/Zivildienst bzw. Freiwilligendienst) 	_____	_____
Fügen Sie bitte eine Dienstzeitbescheinigung oder einen Nachweis über den Freiwilligendienst bei.	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Informationen zum überwiegenden Unterhalt

Die weiteren Angaben brauchen wir, um zu prüfen, ob Sie für die beitragsfreie Familienversicherung von Stief- oder Enkelkindern den überwiegenden Unterhalt leisten. Machen Sie Angaben zu den Nettoeinnahmen aller zum Haushalt gehörenden Personen. Geben Sie auch namentlich nicht aufgeführte Personen an. Bitte senden Sie Einkommensnachweise als Kopie mit.

Meine durchschnittlichen Einnahmen (netto) ohne Kindergeld betragen monatlich EUR _____

Art der Einnahmen (z. B. Arbeitsentgelt, Rente) _____

Ich bin berufstätig ganztags halbtags
Mein Ehe-/Lebenspartner* ist berufstätig ganztags halbtags

Angaben zum	Ehe-/Lebenspartner*	Kind / sonst. Angehörigen	Kind / sonst. Angehörigen
-------------	---------------------	---------------------------	---------------------------

Nachname	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

Vorname	_____	_____	_____
---------	-------	-------	-------

Geburtsdatum	_____	_____	_____
--------------	-------	-------	-------

Einnahmen mtl. in EUR netto, ohne Kindergeld	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------

Art der Einnahmen z. B. Arbeitsentgelt, Rente, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit.	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------

Ich erhalte für meine Angehörigen Unterhalt vom leiblichen Elternteil in Höhe von	EUR _____	EUR _____
---	-----------	-----------

Ich lebe mit meinen Angehörigen in einer häuslichen Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---	---	---

Wenn nein: Ich trage mehr als die Hälfte der Unterhaltsmittel meines Angehörigen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---	---

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Ich informiere Sie, wenn sich etwas ändert, z. B. die Höhe des Einkommens oder der Beginn einer eigenen Mitgliedschaft meiner Familienangehörigen.

Bei Fragen helfen Sie uns mit folgenden Angaben

Telefon _____ E-Mail _____

Datum

Tag	Monat	Jahr			

Unterschrift _____ ggf. Unterschrift der Angehörigen _____

Mit der Unterschrift erkläre ich, dass ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten habe.

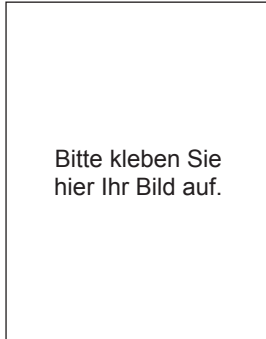
Leben Sie getrennt, reicht Ihre Unterschrift.

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



Die TK ist verpflichtet, regelmäßig die Voraussetzungen für die Familienversicherung zu überprüfen. Warum? - Alles Wissenswerte zur Familienversicherung haben wir in einem kurzen Film zusammengefasst. Scannen Sie den QR-Code links mit einem Barcode-Scanner und Sie gelangen direkt zum Film auf [YouTube](#). Alternativ können Sie auch auf www.tk.de den Webcode 386286 in das Suchfeld eingeben.

Ihr Bild für die elektronische Gesundheitskarte



Damit Sie rechtzeitig zu Beginn Ihrer Versicherung eine elektronische Gesundheitskarte erhalten, benötigen wir ein Passbild von Ihnen (Ausnahme: Versicherte unter 15 Jahren).

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und kleben Ihr Originalbild auf den dafür vorgesehenen Platzhalter.

Eine Übersendung per E-Mail dürfen wir nicht akzeptieren.

Persönliche Angaben

Herr Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Tag Monat Jahr

PLZ, Ort

Versichertennummer

Rentenversicherungs-Nr.

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Ich bestätige, dass das Passbild mich darstellt.

Datum

Tag Monat Jahr

Unterschrift _____

Hinweise zum Bild

Ideal ist ein aktuelles Foto, das einem Passbild entspricht. Es muss nicht biometrisch sein, sollte aber folgende Eigenschaften haben:

- > circa 45 mm x 35 mm groß
- > möglichst neutraler Hintergrund
- > klar erkennbares Gesicht, von vorn fotografiert

Sie können frei entscheiden, ob das Foto farbig oder schwarz-weiß sein soll. Bitte verwenden Sie weder Kopien noch selbst erstellte Ausdrücke von Bildern. Diese können aus Qualitätsgründen nicht verarbeitet werden.

Deutsche Post 
ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg