





ANTWORT

Techniker Krankenkasse  
20903 Hamburg

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
- Geburt meines Kindes
- Beendigung vorheriger Mitgliedschaft meines Angehörigen
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- Heirat

#### Familienstand

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

#### 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 Bruttoarbeits-  
entgelt 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 Ein-  
kommensteuerbescheides (bei Zinseinnahmen eine Zinsbescheinigung) zu.



### 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 \_\_\_\_\_

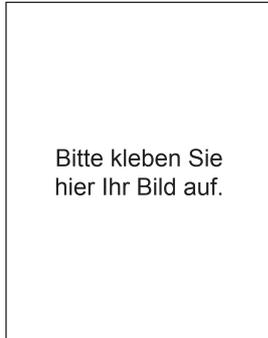
Mit der Unterschrift erkläre ich, dass ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten habe. Leben Sie getrennt, reicht Ihre Unterschrift.

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](http://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