



Nachname, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____

Techniker Krankenkasse
20903 Hamburg

Familienversicherung

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Mein/e Ehepartner/in oder Lebenspartner/in
nach dem Lebenspartnerschafts-Gesetz (LPartG)
soll mitversichert werden ab dem _____
Tag Monat Jahr

Mein/e Kind/er soll/en mitversichert
werden ab dem _____
Tag Monat Jahr

Bitte geben Sie ein Datum an. Angaben wie "ab sofort" sind nicht rechtsgültig.

Anlass für die Familienversicherung

- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt eines Kinds
- Ende der Mitgliedschaft meiner/s Angehörigen Heirat
- Sonstiges _____

Familienstand

- ledig getrennt lebend verwitwet
- verheiratet seit dem _____
Tag Monat Jahr
- eingetragene Lebenspartnerschaft seit dem _____
Tag Monat Jahr
nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
- geschieden seit dem _____
Tag Monat Jahr

Bisherige Krankenversicherung

- gesetzlich versichert als Mitglied
- gesetzlich familienversichert
- privat versichert/nicht gesetzlich versichert

Name der Krankenkasse/-versicherung

Ehe-/Lebenspartner/-in Diese Angaben brauchen wir auch,
wenn Sie Ihre/n Ehe-/Lebenspartner/-in nicht bei uns mitversichern.

- weiblich männlich divers

Nachname, Vorname (Bei abweichendem Namen brauchen wir eine Ehe-
urkunde.)

Versichertennummer _____
Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Rentenversicherungs-Nummer
Falls noch keine vergeben wurde, brauchen wir folgende Angaben:

Geburtsname und Staatsangehörigkeit

Geburtsort und -land

Ggf. abweichende Adresse:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

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

- gesetzlich versichert als Mitglied
- gesetzlich familienversichert
- privat versichert/nicht gesetzlich versichert
Bitte schicken Sie uns einen Einkommensnachweis, auch wenn nur
Ihr/e Kind/er versichert werden soll/en.

vom _____ bis _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Name der Krankenkasse/-versicherung

Ggf. Name der Person, über den eine Familienversicherung bestand:

Nachname, Vorname

Mein/e Ehe-/Lebenspartner/-in
hat eigenes Einkommen. ja nein

Wenn ja, brauchen wir dazu noch folgende Angaben:

Beschäftigung seit dem _____
(auch Minijob) Tag Monat Jahr

Brutto-Arbeitsentgelt _____, _____ EUR
durchschnittlich monatlich

Selbstständigkeit seit dem _____
Tag Monat Jahr

Gewinn _____, _____ EUR
durchschnittlich monatlich

Arbeitszeit _____, _____ Stunden
durchschnittlich wöchentlich

eigene Mitarbeitende ja nein

Bürgergeld seit dem _____
Tag Monat Jahr

monatliche Renten (Zahlbetrag) _____, _____ EUR
auch Versorgungsbezüge

sonstige Einnahmen _____, _____ EUR
durchschnittlich monatlich

Art der Einnahme, z. B. Miete, Zinsen, Unterhalt, Abfindung
Bitte schicken Sie uns eine vollständige Kopie des _____
letzten Einkommensteuer-Bescheids – bei Zinseinnahmen
eine Zinsbescheinigung. Seite 1 von 3

505259726395



1. Kind

2. Kind

Nachname

Bitte schicken Sie uns bei abweichendem Nachnamen eine Geburtsbescheinigung.

Vorname

Geschlecht

weiblich männlich
 divers unbestimmt

weiblich männlich
 divers unbestimmt

Geburtsdatum

Versichertennummer

Ggf. abweichende Adresse:

Straße, Nr.

Straße, Nr.

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Verwandschafts-Verhältnis

leibliches oder adoptiertes Kind
 Stiefkind Pflegekind Enkel

leibliches oder adoptiertes Kind
 Stiefkind Pflegekind Enkel

Mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist der leibliche Elternteil meines Kinds.

ja nein

ja nein

Rentenversicherungs-Nummer

Falls noch keine vergeben wurde, brauchen wir folgende Angaben:

Geburtsname und Staatsangehörigkeit

Geburtsname und Staatsangehörigkeit

Geburtsort und -land

Geburtsort und -land

Bisherige Krankenversicherung

gesetzlich versichert als Mitglied
 gesetzlich familienversichert
 privat bzw. nicht gesetzlich versichert

gesetzlich versichert als Mitglied
 gesetzlich familienversichert
 privat bzw. nicht gesetzlich versichert

Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr

Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr

Name der Krankenkasse/-versicherung

Name der Krankenkasse/-versicherung

Schule/Hochschule Bei Kindern ab 23 Jahren brauchen wir eine Kopie der aktuellen Schul-/Studienbescheinigung.

Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr

Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr

Art der Schule/des Studiums

freiwillige Angabe

Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr

Tag Monat Jahr - Tag Monat Jahr

Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst

Bitte schicken Sie uns eine Kopie der Dienstzeit-Bescheinigung oder einen Nachweis über den Freiwilligendienst

Beschäftigung seit dem

auch Minijob

Tag Monat Jahr

Tag Monat Jahr

Brutto-Arbeitsentgelt

durchschnittlich monatlich

_____, ____ EUR

_____, ____ EUR

Selbstständigkeit seit dem

Tag Monat Jahr

Tag Monat Jahr

Gewinn

durchschnittlich monatlich

_____, ____ EUR

_____, ____ EUR

Arbeitszeit

durchschnittlich wöchentlich

____, ____ Stunden

____, ____ Stunden

eigene Mitarbeitende

ja nein

ja nein

Bürgergeld seit dem

Tag Monat Jahr

Tag Monat Jahr

monatliche Renten (Zahlbetrag)

auch Versorgungsbezüge

_____, ____ EUR

_____, ____ EUR

sonstige Einnahmen

durchschnittlich monatlich

Bitte schicken Sie uns eine vollständige Kopie des letzten Einkommensteuer-Bescheids - bei Zinseinnahmen eine Zinsbescheinigung.

_____, ____ EUR

_____, ____ EUR

Art der Einnahme, z. B. Miete, Zinsen, Unterhalt, Abfindung

505259726395



Angaben zum überwiegenden Unterhalt

Wichtig: Diese Angaben brauchen wir **nur für Stief- oder Enkelkinder**.

1. Kind

2. Kind

Mein Stief-/Enkelkind lebt auf längere Dauer mit mir in einem Haushalt (häusliche Gemeinschaft).

ja nein

ja nein

Mein Stief-/Enkelkind wird von mir versorgt und betreut.

ja nein

ja nein

Diese Angabe brauchen wir, wenn Ihr Stief-/Enkelkind am Ausbildungs-/Studienort einen eigenen Haushalt hat:

Mein Stief-/Enkelkind ist weiterhin in die häusliche Gemeinschaft eingebunden.

ja nein

ja nein

Diese Angaben brauchen wir, wenn Ihr Stief-/Enkelkind nicht in Ihrem Haushalt lebt und auch nicht in die häusliche Gemeinschaft eingebunden ist:

Ich leiste regelmäßig Unterhalt. Geld- oder Sachleistung

ja nein

ja nein

monatliche Höhe

_____, ____ EUR

_____, ____ EUR

Art der Leistung

Art der Leistung

Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 285 SGB V und § 94 SGB XI.

505259726395

