



D307002

Deutsche Post 

ANTWORT

Techniker Krankenkasse  
22291 Hamburg

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

### Familienversicherung

Mein Ehepartner/Lebenspartner\* soll ab \_\_\_\_\_ beitragsfrei mitversichert werden.

\*nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

Mein/e Kind/er soll/sollen ab \_\_\_\_\_ beitragsfrei mitversichert werden.

#### Mein Familienstand:

Ich bin  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden seit \_\_\_\_\_  verwitwet

**Tragen Sie bitte die Angaben für Ihren Ehegatten auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird. Dies gilt nicht, wenn der Ehegatte mit den Kindern nicht verwandt ist. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.**

#### Ehepartner oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
(Bei abweichenden Nachnamen zum Mitglied fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bei)

ggf. abweichende Anschrift \_\_\_\_\_

Mein Ehe-/Lebenspartner ist/war bisher gesetzlich krankenversichert  nein  ja  
(Wenn keine gesetzliche Krankenversicherung vorliegt und Ihre Kinder versichert werden sollen, fügen Sie bitte einen Einkommensnachweis bei)Wenn ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ als  Mitglied  Familienversicherter

Name und Anschrift der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Mein Ehe-/Lebenspartner hat eigenes Einkommen  nein  ja

#### Wenn ja:

- Mein Ehe-/Lebenspartner übt seit dem \_\_\_\_\_ eine Beschäftigung aus.  
(Bitte machen Sie diese Angaben auch, wenn es sich um eine geringfügige Beschäftigung handelt)

Das durchschnittliche Bruttoarbeitsentgelt beträgt monatlich \_\_\_\_\_ EUR.

- Mein Ehe-/Lebenspartner ist seit dem \_\_\_\_\_ selbstständig tätig.

Das durchschnittliche Bruttoeinkommen beträgt monatlich \_\_\_\_\_ EUR. \*

- Mein Ehe-/Lebenspartner hat seit dem \_\_\_\_\_ sonstige Einkünfte.

Art der Einkünfte (z.B. Rente, Einnahmen aus Vermietung, Zinsen) \_\_\_\_\_

Das durchschnittliche Bruttoeinkommen beträgt monatlich \_\_\_\_\_ EUR. \*

\* Bitte fügen Sie einen aktuellen Einkommensteuerbescheid bei.

**bitte wenden**

**Kinder**

<b>Name (Bei abweichenden Nachnamen zum Mitglied bitte eine Geburtsbescheinigung beifügen)</b>			
<b>Vorname</b>			
<b>Geburtsdatum</b>			
<b>ggf. abweichende Anschrift</b>			
<b>Verwandtschaftsverhältnis (Sohn, Tochter, Stief-/Pflegekind, Enkel)</b>			
<b>Mein Kind war bisher gesetzlich versichert als</b>	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienangehöriger	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienangehöriger	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienangehöriger
<b>Wenn ja:</b>	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____
<b>Name und Anschrift der Krankenkasse</b>	_____ _____	_____ _____	_____ _____
<b>Durchschnittliches mtl. Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung</b>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
<b>Regelmäßige durchschnittliche mtl. Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Kapitalvermögen), Rente, Versorgungsbezüge</b>	von _____ bis _____ _____ EUR _____ Art der Einkünfte	von _____ bis _____ _____ EUR _____ Art der Einkünfte	von _____ bis _____ _____ EUR _____ Art der Einkünfte
<b>Schulbesuch (Bei Kindern ab 23 J. fügen Sie bitte eine <u>aktuelle</u> Schulbescheinigung bei)</b>	voraussichtlich bis _____	voraussichtlich bis _____	voraussichtlich bis _____
<b>Schulart *</b>			
<b>Studium (Bei Kindern ab 23 J. fügen Sie bitte einen <u>aktuellen</u> Studiennachweis bei)</b>	voraussichtlich von _____ bis _____	voraussichtlich von _____ bis _____	voraussichtlich von _____ bis _____
<b>Name der Fach-/Hochschule *</b>			
<b>Mein Kind leistet/leistete Grundwehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</b>	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____

\* Diese Angabe ist freiwillig; ich bin mit der Speicherung der Daten einverstanden.

### Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer

	Ehegatte/Ehepartner nach dem LPartG	Kind	Kind	Kind
<b>Name, Vorname</b>				
<b>Rentenversicherungs-Nr.</b>				

Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitten wir noch um folgende Angaben

<b>Geburtsname</b>				
<b>Geburtsort</b>				
<b>Staatsangehörigkeit</b>				

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

Bei Fragen erreichen Sie mich unter der Telefonnummer: \_\_\_\_\_

oder unter der E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ (Diese Angaben sind jeweils freiwillig)

Meine Familienangehörigen haben zugestimmt, ihre Daten anzugeben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ihre Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift der Angehörigen  
(Bei getrennt lebenden Familienangehörigen  
reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus)

**Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Wir informieren Sie gern, wie wir Ihre Daten schützen.**