

Mitgliedschaftsantrag für Selbstständige



Ich möchte zur TK ab

Tag	Monat	Jahr								

Persönliche Angaben

Frau Herr

Nachname _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

ggf. Adresszusatz _____

PLZ, Ort _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versichertennummer

Die folgenden Angaben brauchen wir, um die Gesundheitskarte zu erstellen:

Geburtsname _____

Geburtsort _____

Geburtsland _____

Staatsangehörigkeit _____

Angaben zur bisherigen Krankenversicherung

Ich war zuletzt im Ausland versichert bzw. habe dort gelebt.

Name des Landes

Ich war zuletzt

pflichtversichert. freiwillig versichert.

privat versichert. familienversichert.

Krankenversicherung, Ort _____

Ich bin von der Kranken- und Pflegeversicherung befreit.
Wichtig: Bitte senden Sie uns eine Kopie der Befreiung.

Angaben zur Selbstständigkeit

Ich bin selbstständig ab/seit _____

durchschnittliche monatliche Einkünfte _____ EUR

Wichtig: Bitte senden Sie uns Kopien aller Seiten Ihres letzten Einkommensteuer-Bescheids (ESTB).

Ich bin Existenzgründer/in und habe noch keinen ESTB erhalten.

Ich erhalte von der Agentur für Arbeit einen Gründungszuschuss oder Einstiegsgeld.

Wichtig: Bitte senden Sie uns eine Kopie des Bewilligungsbescheids.

Weiteres Einkommen

Wichtig: Bitte senden Sie uns Kopien Ihrer Einkommensnachweise.

monatliches Einkommen _____ EUR

Art des Einkommens, z. B. Rente, Einkünfte aus Kapitalvermögen _____

Angaben zum Krankengeldanspruch

Ich habe einen gesetzlichen Krankengeldanspruch ab/seit _____

Ich möchte mich ab dem 43. Tag meiner Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichern ab dem _____

Ich weiß, dass ich 3 Jahre daran gebunden bin.

Bitte informieren Sie mich über die TK-Tarife Krankengeld.

Ich bin arbeitsunfähig ab/seit _____

Angaben zu Angehörigen

Ich möchte meine Angehörigen beitragsfrei mitversichern. Bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung.

Ich bin verheiratet bzw. lebe in einer eingetragenen Partnerschaft und mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist **nicht** bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

Angaben zur Pflegeversicherung

Ich bin Mutter/Vater von mindestens 1 Kind.
Wichtig: Bitte senden Sie uns einen entsprechenden Nachweis (z. B. eine Kopie der Geburtsurkunde).

Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angabe

Mail, freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

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

Die **Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 DSGVO** durch die TK finden Sie auf **tk.de**, Suchnummer **2029224**.

Hiermit werde ich in Kenntnis gesetzt, dass die TK den Vertriebspartner zu Abrechnungszwecken über eine zu Stande gekommene Mitgliedschaft informiert.

Beratung erfolgt durch:

Gesellschaft, Name _____

PLZ, Standort _____

Telefon _____

TK-Partnernummer _____

