Mitgliedschaftsantrag für Selbstständige

Fax: 0800 - 285 85 89-692 37
(gebührenfrei innerhalb Deutschlands)

Ich möchte TK-Mitglied werden ab _____

Persönliche Angaben ☐ Herr ☐ Frau

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

_____

PLZ, Ort _____

Telefon* _____

E-Mail* _____

Versicherten-Nr. _____
Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte.

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

Geburtsname _____

Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Angaben zum letzten Versicherungsverhältnis

Ich war zuletzt versichert bei

Krankenkasse _____

Ort _____

von _____ bis _____

☐ pflichtig ☐ freiwillig ☐ privat ☐ familienversichert

Kündigungsbestätigung**

☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht

Ich war dort mit Anspruch auf Krankengeld versichert

☐ gesetzliches Krankengeld ☐ im Rahmen eines Wahltarifs

seit dem _____

Beitragspflichtige Einnahmen

Ich bin selbstständig seit _____

Beitragspflichtig ist der Gewinn im Sinne des Einkommensteuerrechts. Nicht beitragspflichtig sind Betriebsausgaben wie z.B. Personalkosten, Miete für Betriebsräume sowie Abschreibungen für Abnutzung (AfA).

Bitte senden Sie uns eine vollständige Kopie des letzten Einkommensteuerbescheids zu.

☐ Ich bin Existenzgründer und habe noch keinen Einkommensteuerbescheid erhalten.
In diesem Fall nehmen Sie bitte eine Einkommensschätzung vor.

Meine durchschnittlichen Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit betragen in den kommenden zwölf Monaten voraussichtlich

monatlich EUR _____

Von der Agentur für Arbeit erhalte ich

☐ Gründungszuschuss ☐ Einstiegsgeld

Bitte senden Sie uns eine Kopie des Bewilligungsbescheids zu.

Beitragspflichtig sind auch weitere Einnahmen wie z. B. Einkünfte aus Kapitalvermögen und aus Vermietung und Verpachtung, Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung sowie Renten und Versorgungsbezüge.

☐ Ich habe weitere Einnahmen.

Voraussichtlich betragen sie für die kommenden zwölf Monate im Durchschnitt monatlich EUR _____

Art der Einnahmen _____

Angaben zur Familie

☐ Ich möchte Angehörige (Ehe-/Lebenspartner/-in nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder) beitragsfrei mitversichern.

Antrag auf Familienversicherung

☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht ☐ bitte zusenden

☐ Ich bin verheiratet und mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in ist nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

Angaben für die TK-Pflegeversicherung

☐ Ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit.
Bitte senden Sie uns eine Kopie der Befreiung zu.

☐ Ich bin Mutter/Vater eines Kindes/mehrerer Kinder.
Wir brauchen die Angabe, um Ihre Beiträge zur Pflegeversicherung korrekt berechnen zu können. Reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis ein, z. B. eine Kopie der Geburtsurkunde.

Gesetzliches Krankengeld

Sie können sich mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit versichern. Die Wahl ist für drei Jahre bindend.

☐ Ich wähle den Krankengeldanspruch ab _____

☐ Ich bin zurzeit arbeitsunfähig seit dem _____

Bis zum Ende Ihrer Arbeitsunfähigkeit kann die TK Sie nur ohne Anspruch auf Krankengeld versichern.

Datum _____ Unterschrift ✗ _____

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

* Freiwillige Angaben.
** Sind Sie aktuell Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, kann die Mitgliedschaft bei der TK nur bei Vorliegen einer Kündigungsbestätigung beginnen. Waren Sie bisher familien- oder privat versichert, ist keine Kündigungsbestätigung erforderlich.

Daten des Beraters

Gesellschaft, Name: first Portfolio GmbH, Florian Daumann

Straße, Nr.: Rheinstr. 16

PLZ, Standort: 60325 Frankfurt

Telefon: 0173 5717674

TK-Partnernummer: T 6907573A6
(wird von der TK bei Eingang Ihres ersten Antrags vergeben)

3058344905

Techniker Krankenkasse

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: Nr. DE51TK100000031158
Mandatsreferenznummer: wird nachgereicht

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Ich ermächtige die Techniker Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Techniker Krankenkasse auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichte ich mich, die Techniker Krankenkasse bei Beendigung meines Mandats zu benachrichtigen.

Einzug des Beitrags von folgendem Konto ab _____
Monat Jahr

IBAN D E _____

Ich bin Kontoinhaber

☐ Ja

☐ Nein – dann bitte den abweichenden Kontoinhaber angeben:

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift ✗ _____

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

Techniker Krankenkasse