

Mitgliedschaftsantrag für Studenten

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

Angaben für die Versicherung bei der TK

(Fach-)Hochschule _____

Fachrichtung _____

Aktuelles Fachsemester _____

Ab/seit _____ bis voraussichtlich _____

Bitte fügen Sie eine aktuelle Studienbescheinigung bei.

Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen.
Bitte senden Sie uns eine Kopie der Befreiung zu.

Angaben zu Einnahmen

Ich beziehe Leistungen bei der Agentur für Arbeit bzw. habe sie beantragt.

Ich bin während des Studiums beschäftigt oder selbstständig tätig.

Wöchentliche Arbeitszeit Stunden _____

Wöchentliche Studienzzeit Stunden _____

Monatliches Bruttoentgelt aus der Beschäftigung EUR _____

Monatlicher Gewinn aus der Selbstständigkeit EUR _____

Rentenbezug

Ich beziehe aktuell Rente bzw. habe Rente beantragt.

Ich erhalte aktuell Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente, Pension).

Sachleistungsanspruch im Ausland

Ich habe Anspruch auf Sachleistungen nach ausländischem Recht.

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 Pflicht zur 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.

Datum _____ Unterschrift **X** _____

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.

pma-Partnernummer:

Daten des Beraters

Gesellschaft, Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Standort _____

Telefon _____

TK-Partnernummer **T** _____
(wird von der TK bei Eingang Ihres ersten Antrags vergeben)



3058344215



