



Anschrift und Sitz  
krankenkassennetz.de GmbH  
Waisenhausring 6  
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer  
Karsten Leidloff,  
Jürgen Kunze

Kontaktdaten  
Telefon : +49 (0)345 6826600  
Telefax : +49 (0)345 6826629  
E-mail : [info@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **TK** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

### Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **TK** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **TK** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **TK** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Mitgliedschaftsantrag für Beschäftigte

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 \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_  
Diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte.

Bitte geben Sie Ihre Rentenversicherungsnummer (RV-Nummer) an:

RV-Nummer \_\_\_\_\_  
Sofern Ihnen diese nicht vorliegt, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

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

Ich bin beschäftigt/tätig als

\_\_\_\_\_

Es handelt sich um meine erste Beschäftigung als Arbeitnehmer/-in in Deutschland.

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Beschäftigt ab/seit \_\_\_\_\_

Ich bin selbstständig.

Ich bin Gesellschafter/-in und/oder Geschäftsführer/-in einer GmbH.

Mein monatliches Bruttoentgelt beträgt

bis zu 450 Euro (Minijob).

mehr als die aktuelle Versicherungspflichtgrenze.\*\*

Erhalten Sie Einmalzahlungen wie Weihnachts- oder Urlaubsgeld? Dann zählen Sie zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen einfach ein Zwölftel der Einmalzahlungen dazu.

Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen.

Ich habe mich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen.

Bitte senden Sie uns Kopien der Befreiung zu.

## Rentenbezug

Ich beziehe aktuell Rente bzw. habe Rente beantragt.

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

## Angaben zur Familie

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

Antrag auf Familienversicherung

liegt bei  wird nachgereicht  bitte zusenden

## 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.

## Rückfragen und Unterschrift

Bei Fragen helfen Sie uns mit folgenden Angaben:

Telefon\*\*\* \_\_\_\_\_

E-Mail\*\*\* \_\_\_\_\_

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).

\* Waren Sie bisher familien- oder privat versichert, ist keine Kündigungsbestätigung erforderlich.

\*\* Auf [www.tk.de](http://www.tk.de) können Sie mit dem Webcode 4400 die aktuelle Versicherungspflichtgrenze einsehen.

\*\*\* Freiwillige Angaben.

## Daten des Beraters

Gesellschaft, Name \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Standort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

TK-Partnernummer \_\_\_\_\_  
(wird von der TK bei Eingang Ihres ersten Antrags vergeben)



3058344451

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice Techniker Krankenkasse  
Waisenhausring 6  
06108 Halle (Saale)

### ... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

