



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 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 \_\_\_\_\_

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

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.

## 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.

\*\* Freiwillige Angaben.

## Daten des Beraters

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

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

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



3058344905



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.**

