



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
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **Techniker Krankenkasse** unkompliziert möglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (juergen.kunze@krankenkassennetz.de).

Die **Techniker Krankenkasse** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

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 _____

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

(Fach-)Hochschule _____

Fachrichtung _____

Aktuelles Fachsemester _____

Ab/seit _____ bis voraussichtlich _____

Bitte fügen Sie eine aktuelle Studienbescheinigung bei.

Bei meinem Studium handelt es sich um einen Masterstudiengang.
Bitte senden Sie uns einen Nachweis über Ihren Bachelorstudien-
gang, aus dem die Angaben der Fachsemester hervorgehen, zu.

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

Angaben zu Einnahmen

Ich beziehe bzw. beantrage Leistungen bei der Agentur für Arbeit.

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 _____

Ich beschäftige mindestens einen Arbeitnehmer länger als drei
Monate und mehr als geringfügig entlohnt (kein Minijob).

Ich beschäftige gleichzeitig mehrere geringfügig entlohnte Arbeit-
nehmer, deren Bruttoarbeitsentgelte zusammen die Geringfügig-
keitsgrenze (zzt. mtl. 450 Euro) überschreiten.

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 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 Pflegeversiche-
rung korrekt berechnen zu können. Reichen Sie bitte einen ent-
sprechenden 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 Kündi-
gungsbestätigung 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)



3058344215

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.

