



Jetzt zur TK wechseln!

Profitieren auch Sie von unseren erstklassigen Leistungen und Services:

- › Alternative Heilmethoden wie Homöopathie und Osteopathie
- › Akupunktur für Knie und Rücken
- › Gebührenfreier Telefonservice rund um die Uhr
- › Über 200 Geschäftsstellen bundesweit
- › Rund um die Uhr Ärzte am Telefon
- › Reiseschutzimpfungen
- › Hautkrebs-Screening
- › Zum sechsten Mal in Folge Testsieger in Deutschlands größtem Krankenkassenvergleich von FOCUS-MONEY
- › Telefonische Soforthilfe auf Auslandsreisen



Mitgliedschaftsantrag für Berufstätige

zur Weiterleitung per Fax an den Vertriebspartner-Service der TK

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 (tagsüber, mobil)* Telefon*

E-Mail*

Rentenversicherungs-Nr. Wenn Sie noch keine haben, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsort

Geburtsname Staatsangehörigkeit

Ich bin Mutter/Vater eines/mehrerer Kindes/Kinder (bitte Nachweis, z. B. Kopie der Geburtsurkunde/-n, beifügen).

TK-Familienversicherung Ich habe Angehörige, die beitragsfrei mitversichert werden sollen. Der Antrag auf Familienversicherung liegt bei. wird nachgereicht. soll mir bitte noch zugesandt werden.

Angaben zur letzten Versicherung

Bezeichnung der letzten Krankenkasse/Versicherung von bis

Ich war familienversichert.

Ich war pflichtversichert, die **Kündigungsbestätigung**** liegt bei. wird nachgereicht.

Ich war freiwillig versichert, die **Kündigungsbestätigung**** liegt bei. wird nachgereicht.

Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen.

Ich habe mich von der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen.

Ich habe mich von der Rentenversicherung befreien lassen.

Bankverbindung*

Abbuchung/Einzugsermächtigung Überweisung

Name des Geldinstituts Ort

Kontoinhaber/-in Konto-Nr. BLZ

Unterschrift des Kontoinhabers (bei Einzugsermächtigung, wenn Antragsteller/-in und Kontoinhaber/-in nicht identisch sind)

Angaben zu Einkünften

Ich übe eine Beschäftigung aus. Beschäftigt bin ich als*

Ich übe eine selbstständige Tätigkeit aus. Ich bin Gesellschafter/-in und/oder Geschäftsführer/-in einer

Name der Firma

Anschrift

Mein monatlicher Bruttoarbeitsverdienst ohne Sozialzulagen (bei Nichtarbeitnehmern die gesamten Einnahmen) beträgt EUR.

Meine einmaligen Bezüge (z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld) betragen insgesamt jährlich EUR.

Ich beziehe Rente seit . Rentenzeichen Ich habe Rente beantragt am

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

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass mein Finanzberater meinen Mitgliedschaftsantrag an die TK weiterleitet und die TK meinen Finanzberater zum Zwecke der Abrechnung einer Aufwandsentschädigung über eine zu Stande gekommene Mitgliedschaft informiert.

Datum Unterschrift

Ihre persönlichen Daten benötigen wir, um Sie umfassend beraten zu können (Sozialgesetzbuch V – SGB V). Durch das SGB sind wir verpflichtet, diese Daten umfassend zu schützen.

Daten des Finanzberaters (nur bis zum Erhalt Ihrer persönlichen Adressaufkleber auszufüllen)

TK-Mitarbeiter

Gesellschaft Name

Straße, Nr.

PLZ, Standort

Telefon TK-Partnernummer

(wird von der TK bei Eingang Ihres ersten Antrags vergeben)



*Freiwillige Angaben. ** Nur mit dieser Kündigungsbestätigung kann Ihre Mitgliedschaft bei der TK beginnen.

Empfänger

Krankenkasse

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Absender

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ort, Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft, Versichertennummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dies ausdrücklich in Anspruch genommen.

Bitte senden Sie mir umgehend eine Kündigungsbestätigung zu.

Von Rückwerbung bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift