Mitgliedschaftsantrag Selbstständige

Ich möchte zur TK ab _____ Tag Monat Jahr

Persönliche Angaben

☐ Frau ☐ Herr

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

ggf. Adresszusatz

PLZ, Ort

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

Versichertennummer

Rentenversicherungsnummer

Weitere Angaben, wenn keine Rentenversicherungsnummer vorliegt:

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Angaben zur bisherigen Krankenversicherung

☐ Ich war zuletzt im Ausland versichert bzw. habe dort gelebt.

Name des Landes

Ich war zuletzt

☐ pflichtversichert. ☐ freiwillig versichert.

☐ privat versichert. ☐ familienversichert.

Krankenversicherung, Ort

☐ Ich bin von der Kranken- und Pflegeversicherung befreit.
Wichtig: Bitte senden Sie uns eine Kopie der Befreiung.

Angaben zur Selbstständigkeit

Ich bin selbstständig ab/seit _____

durchschnittliche monatliche Einkünfte _____ EUR

Wichtig: Bitte senden Sie uns Kopien aller Seiten Ihres letzten Einkommensteuerbescheids (EStB).

☐ Ich bin Existenzgründer/in und habe noch keinen EStB erhalten.

☐ Ich erhalte von der Agentur für Arbeit einen Gründungszuschuss oder Einstiegsgeld.
Wichtig: Bitte senden Sie uns eine Kopie des Bewilligungsbescheids.

Weiteres Einkommen

Wichtig: Bitte senden Sie uns Kopien Ihrer Einkommensnachweise.

monatliches Einkommen _____ EUR

Art des Einkommens, z. B. Rente, Einkünfte aus Kapitalvermögen

Angaben zum Krankengeldanspruch

☐ Ich habe einen gesetzlichen Krankengeldanspruch ab/seit

_____

☐ Ich möchte mich ab dem 43. Tag meiner Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichern ab dem

_____

Ich weiß, dass ich 3 Jahre daran gebunden bin.

☐ Bitte informieren Sie mich über die TK-Tarife Krankengeld.

☐ Ich bin arbeitsunfähig ab/seit _____

Angaben zu Angehörigen

☐ Ich möchte meine Angehörigen beitragsfrei mitversichern. Bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung.

☐ Ich bin verheiratet bzw. lebe in einer eingetragenen Partnerschaft und mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist **nicht** bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

Angaben zur Pflegeversicherung

☐ Ich bin Mutter/Vater mindestens eines Kindes.
Wichtig: Bitte senden Sie uns einen entsprechenden Nachweis (z. B. eine Kopie der Geburtsurkunde).

Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angabe

Mail, freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V und § 94 SGB XI. Die **Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 DSGVO** durch die TK finden Sie auf **tk.de, Suchnummer 2029224**.

Hiermit werde ich in Kenntnis gesetzt, dass die TK den Vertriebspartner zu Abrechnungszwecken über eine zu Stande gekommene Mitgliedschaft informiert.

Beratung erfolgt durch:

Gesellschaft, Name	Fairsicherungsladen Frankfurt Versicherungsmakler GmbH
PLZ, Standort	60594 Frankfurt
Telefon	069 43 08 90 30
TK-Partnernummer	T1500175Y4

Daten fixieren

3058344905