

## Mitgliedschaftsantrag für Studenten

Ich möchte TK-Mitglied werden ab \_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben**  Herr  Frau

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

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

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

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_  
Diese finden Sie auf Ihrer bisherigen Gesundheitskarte.

Rentenversicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  
Falls keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben:

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 Studentenbescheinigung bei.

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

### Daten des Finanzberaters

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

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

TK-Partnernummer **T** \_\_\_\_\_  
aurea Bearbeitungsnummer: UV80023AN

### Angaben zu Einkünften

Ich beziehe Leistungen bei der Agentur für Arbeit bzw. habe sie beantragt.

Ich bin während des Studiums beschäftigt oder selbstständig tätig.

Wöchentliche Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_\_

Wöchentliche Studienzeit \_\_\_\_\_ Stunden \_\_\_\_\_

Monatliches Bruttoentgelt aus der Beschäftigung EUR \_\_\_\_\_

Monatlicher Gewinn aus der Selbstständigkeit EUR \_\_\_\_\_

### Rentenbezug

Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt.

Ich erhalte 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 Pflicht zur 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.

Ich willige jederzeit wiederufbar ein, dass die aurea Capital GmbH meinen Mitgliedschaftsantrag an die TK weiterleitet und die TK die aurea Capital GmbH zum Zwecke der Abrechnung einer Aufwandsentschädigung über eine zu Stande gekommene Mitgliedschaft informiert.

**Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** **X** \_\_\_\_\_

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Sozialgesetzbuch V und § 94 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI).

\* Freiwillige Angaben.

\*\* Sind Sie aktuell Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, kann die Mitgliedschaft bei der TK nur bei Vorliegen einer Kündigungsbestätigung beginnen. Waren Sie bisher familien- oder privat versichert, ist keine Kündigungsbestätigung erforderlich.

# SEPA-Lastschriftmandat

Fax: 0800 - 285 85 89-692 37  
(gebührenfrei innerhalb Deutschlands)

Gläubiger-ID: Nr. DE51TK100000031158  
Mandatsreferenznummer: wird nachgereicht

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Ich ermächtige die Techniker Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Techniker Krankenkasse auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichte ich mich, die Techniker Krankenkasse bei Beendigung meines Mandats zu benachrichtigen.

Einzug meines Beitrags von folgendem Konto ab 

--	--	--	--

  
Monat      Jahr

IBAN | **D** | **E** | \_\_\_\_\_

Nur auszufüllen bei abweichendem Kontoinhaber

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Ort \_\_\_\_\_ 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).**