

Nachname, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:



Deutsche Post

ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Mein Einkommen

Einreise nach Deutschland

Ich bin nach Deutschland eingereist am
(bei vorherigem Wohnsitz im Ausland)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Denken Sie bitte an Nachweise (z. B. einen vollständigen Einkommensteuerbescheid, Gehaltsbescheinigungen, Konto-Auszüge) – Kopien reichen. Angaben, die nicht das Einkommen betreffen, können Sie schwärzen.

Angaben zum Einkommen

Angaben ab/seit dem (Datum der letzten Änderung) _____
Tag Monat Jahr

- | | | | | |
|--------------------------|--|---|------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | monatliches Brutto-Arbeitsentgelt | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ EUR | aus einer Beschäftigung, auch aus einem Minijob |
| | ggf. jährliche Sonderzahlungen | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ EUR | z. B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld |
| <input type="checkbox"/> | monatliche gesetzliche Renten | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ EUR | z. B. Altersrente, Witwen-/Witwerrente, Erwerbsminderungs-Rente |
| <input type="checkbox"/> | monatliche gesetzliche Auslandsrenten | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ EUR | |
| | ggf. jährliche Sonderzahlungen | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ EUR | |
| <input type="checkbox"/> | monatliche sonstige Renten | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ EUR | z. B. aus privaten Lebensversicherungen |
| <input type="checkbox"/> | monatliche Versorgungsbezüge | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ EUR | z. B. Betriebsrente |
| | ggf. jährliche Sonderzahlungen | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ EUR | |
| <input type="checkbox"/> | monatliche Beamtenbezüge (brutto) | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ EUR | |
| | ggf. jährliche Sonderzahlungen | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ EUR | z. B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld |
| <input type="checkbox"/> | monatliche Pensionsbezüge | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ EUR | |
| | ggf. jährliche Sonderzahlungen | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ EUR | |
| <input type="checkbox"/> | monatliche Einkünfte aus Selbstständigkeit | _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | _____ _____ EUR | |

502401694735



Sonstiges Einkommen

monatliche Einkünfte aus Kapitalvermögen _____ , ____ EUR

monatliche Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung _____ , ____ EUR

Bitte machen Sie auch Angaben zu Ihrem Einkommensteuer-Bescheid.

Mein letzter Einkommensteuer-Bescheid liegt Ihnen vor für _____
Jahr

Bitte senden Sie uns einen neuen Steuerbescheid, sobald sie ihn erhalten.

Ich habe noch keinen Einkommensteuer-Bescheid, aus dem die Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung hervorgehen.

Bitte senden Sie uns einen Nachweis in Kopie, z. B. Miet- oder Pachtvertrag.

monatliches sonstiges Einkommen _____ , ____ EUR

Art des Einkommens

z. B. Unterhalt

Ich habe kein eigenes Einkommen und bestreite meinen Lebensunterhalt durch

Ersparnisse. Unterstützung. Sonstiges:

Unterstützung: z. B. durch Eltern oder Großeltern

Art des Lebensunterhalts

Angaben zum Familienstand

Ich bin

ledig. verheiratet bzw. in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschafts-Gesetz (LPartG)

geschieden. verwitwet. getrennt lebend.

ggf. seit dem _____
Tag Monat Jahr

Angaben zur Ehe-/Lebenspartnerin bzw. zum Ehe-/Lebenspartner und zu unterhaltsberechtigten Kindern

Mein/e Ehe-/Lebenspartner/in ist bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. ja nein

z. B. AOK, BKK, TK

Weitere Angaben, wenn mein/e Ehe-/Lebenspartner/in nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert ist:

Eventuell wird ihr/sein Einkommen bei der Beitragsberechnung ebenfalls berücksichtigt. Bitte schicken Sie uns Einkommensnachweise in Kopie.

monatliche Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung _____ , ____ EUR

monatliche Einkünfte aus Selbstständigkeit _____ , ____ EUR

monatliches sonstiges Einkommen _____ , ____ EUR

Art des sonstigen Einkommens

z. B. Gehalt, Beamtenbezüge

ggf. jährliche Sonderzahlungen _____ , ____ EUR

502401694735



Für unterhaltsberechtignte Kinder kann möglicherweise ein Freibetrag vom Einkommen der Ehe-/Lebenspartnerin bzw. des Ehe-/Lebenspartners abgezogen werden. Dafür sind folgende Angaben wichtig:

Bitte senden Sie uns einen aktuellen Kindergeldbescheid, sofern Sie Kindergeld erhalten.

Angaben zum 1. Kind

Vorname _____

Nachname _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Geburtsdatum

gemeinsames
leibliches Kind ja nein

wenn **nein**: Kind von

mir meiner/meinem
Ehe-/Lebens-
partner/in

wenn **Kind von meiner/meinem Ehe-/Lebenspartner/in**: Die bzw. der **geschiedene** Ehe-/Lebenspartner/in zahlt Unterhalt

ja nein, weil: _____

familienversichert

selbst gesetzlich versichert

privat versichert

Angaben zum 2. Kind

Vorname _____

Nachname _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Geburtsdatum

gemeinsames
leibliches Kind ja nein

wenn **nein**: Kind von

mir meiner/meinem
Ehe-/Lebens-
partner/in

ja nein, weil: _____

familienversichert

selbst gesetzlich versichert

privat versichert

Die Angaben brauchen wir nur, wenn das Kind **unterhaltsberechtignt** ist. Ansonsten machen Sie bitte bei den Angaben zur Pflegeversicherung weiter.

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

Dazu gehören auch Adoptivkinder.

Weitere Angaben, wenn Kinder nicht familienversichert sind:

regelmäßiges monatliches Einkommen

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|, ____|____| EUR

Art des Einkommens _____

Art der Tätigkeit _____

regelmäßiges monatliches Einkommen

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|, ____|____| EUR

Art des Einkommens _____

Art der Tätigkeit _____

z. B. Brutto-Arbeitsentgelt, Einkünfte aus Selbstständigkeit oder aus Kapitalvermögen

z. B. Schüler/in, Student/in, Azubi

Angaben zum 3. Kind

Vorname _____

Nachname _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Geburtsdatum

gemeinsames
leibliches Kind ja nein

wenn **nein**: Kind von

mir meiner/meinem
Ehe-/Lebens-
partner/in

Angaben zum 4. Kind

Vorname _____

Nachname _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Geburtsdatum

gemeinsames
leibliches Kind ja nein

wenn **nein**: Kind von

mir meiner/meinem
Ehe-/Lebens-
partner/in

Geburtsdatum: TT MM JJJJ

Dazu gehören auch Adoptivkinder.

502401694735



Angaben zum 3. Kind (Fortsetzung)

Angaben zum 4. Kind (Fortsetzung)

wenn **Kind von meiner/meinem Ehe-/Lebenspartner/in**: Die bzw. der **geschiedene Ehe-/Lebenspartner/in** zahlt Unterhalt

ja nein, weil: ja nein, weil:

familienversichert familienversichert
 selbst gesetzlich versichert selbst gesetzlich versichert
 privat versichert privat versichert

Weitere Angaben, wenn Kinder nicht familienversichert sind:

regelmäßiges monatliches Einkommen regelmäßiges monatliches Einkommen

_____, ____ EUR _____, ____ EUR

z. B. Brutto-Arbeitsentgelt, Einkünfte aus Selbstständigkeit oder aus Kapitalvermögen

Art des Einkommens Art des Einkommens

z. B. Schüler/in, Student/in, Azubi

Art der Tätigkeit Art der Tätigkeit

Angaben zur Pflegeversicherung

Die Angaben zum Einkommen verwenden wir auch für die TK-Pflegeversicherung.

Ich habe nach Beamtenrecht bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.

Ich bin Mutter bzw. Vater eines Kindes/mehrerer Kinder.

Falls noch nicht geschehen, senden Sie uns bitte einen entsprechenden Nachweis, z. B. eine Kopie der Geburtsurkunde.

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

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

502401694735

