

# Beitrittserklärung für Auszubildende

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und erkläre, dass ich ab

dem \_\_\_\_\_ Mitglied der TBK werden will.

Beginn Tag, Monat und Jahr der Ausbildung

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\*

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (freiwillige Angabe)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer\*

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort\*

\_\_\_\_\_  
Steueridentifikationsnummer\* (falls bekannt)

\_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsnummer\* (falls bekannt)

*Ich erteile meine Zustimmung zur Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a ESTG.  
Die SteuerID-Nr. kann von der TBK bei den Finanzbehörden angefordert werden.*

\_\_\_\_\_  
bisherige Krankenkasse\*

selbst versichert

Familienversichert



ja

nein

Benötigen Sie einen Sozialversicherungsausweis?



\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift Ihres zukünftigen Arbeitgebers\*

\_\_\_\_\_  
Ihre Unterschrift\*\*

\* Ihre Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Krankenversicherung erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften im SGB erhoben und auf Datenträger gespeichert.

\*\* Mit der Unterschrift stimmt der Antragsteller/die Antragstellerin der Speicherung der personenbezogenen Daten gemäß DSGVO zu. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.tbk-gesundheit.de](http://www.tbk-gesundheit.de)