

Antwort

Techniker Krankenkasse

Family Insurance  
Familierversicherung

My child/ren is/are to be co-insured at no additional charge as of \_\_\_\_\_.  
Mein/e Kind/er soll/en ab \_\_\_\_\_ beitragsfrei mitversichert werden.

My spouse is to be co-insured at no additional charge as of \_\_\_\_\_.  
Mein Ehegatte soll ab \_\_\_\_\_ beitragsfrei mitversichert werden.

Details for the establishment of family insurance  
Angaben zur Feststellung der Familierversicherung

I am  
Ich bin

single (ledig)    married (verheiratet)    widowed (verwitwet)    separated (getrennt lebend)  
 divorced since (geschieden seit) \_\_\_\_\_

My spouse is independently insured

Mein Ehegatte ist selbst versichert

no    yes, by \_\_\_\_\_  
nein   ja, bei   name and headquarters of health insurance company  
Name und Sitz der Krankenkasse

Please answer the questions about your spouse even if only your child/ren is/are to be co-insured.

Bitte beantworten Sie auch die Fragen zu Ihrem Ehegatten, wenn nur Ihr/e Kind/er mitversichert werden soll/en.

	<b>Spouse</b> Ehegatte	<b>Child</b> Kind	<b>Child</b> Kind	<b>Child</b> Kind
<b>Name</b> Name (If the family name is different, please enclose a marriage certificate or, in the case of children, a birth certificate). (Bei abweichendem Familiennamen fügen Sie bitte eine Eheurkunde bzw. bei Kindern eine Geburtsurkunde bei )				
<b>First Name</b> Vorname				
<b>Date of birth</b> Geburtsdatum				
<b>Relationship to member</b> (e.g. son, daughter, stepson/daughter) Verwandschaft zum Mitglied (z. B. Sohn, Tochter, Stiefsohn/-tochter)	/			
<b>Address, if different from own</b> ggf. abweichende Anschrift				
<b>My relatives are/ have been insured until now</b> Meine Angehörigen waren/sind bisher versichert	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja            nein			
<b>If yes:</b> from Wenn ja:            von until bis	_____ _____ <input type="checkbox"/> as a member als Mitglied <input type="checkbox"/> as a co-insured family-member als Familienversicherter	_____ _____ <input type="checkbox"/> as a member als Mitglied <input type="checkbox"/> as a co-insured family-member als Familienversicherter	_____ _____ <input type="checkbox"/> as a member als Mitglied <input type="checkbox"/> as a co-insured family-member als Familienversicherter	_____ _____ <input type="checkbox"/> as a member als Mitglied <input type="checkbox"/> as a co-insured family-member als Familienversicherter
<b>Name and address of health insurance company</b> Name und Anschrift der Krankenkasse				
<b>My relatives are in paid employment</b> Meine Angehörigen sind erwerbstätig	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja            nein			
<b>If yes: name and address of employer</b> Wenn ja, Name und Anschrift des Arbeitgebers				
<b>My relatives are self-employed</b> Meine Angehörigen sind selbstständig tätig	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja            nein			

	<b>Spouse</b> Ehegatte	<b>Child</b> Kind	<b>Child</b> Kind	<b>Child</b> Kind
<b>Gross monthly income including bonus payments</b> (e.g. Christmas bonus) Monatliches Bruttoeinkommen einschließlich Sonderzahlungen (z. B. Weihnachtsgeld)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
<b>Type of income</b> (e.g. wage, pension) Art der Einkünfte (z. B. Arbeitsentgelt, Rente)				

### Additional information about children

#### Zusätzliche Angaben bei Kindern

<b>My child/ren attend/s school</b> (For children aged 23 or above please include written confirmation from the school.) Mein/e Kind/er besucht/besuchen die Schule (Bei Kindern ab 23 fügen Sie bitte eine Schulbescheinigung bei.)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, until _____ ja, bis _____	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, until _____ ja, bis _____	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, until _____ ja, bis _____
<b>Type of school</b> (This information is voluntary. I hereby consent to the storage of the data.) Schulart (Diese Angabe ist freiwillig. Ich bin mit der Speicherung der Daten einverstanden.)			
<b>My child/ren is/are studying</b> Mein/e Kind/er studiert/studieren	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, until _____ ja, bis _____	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, until _____ ja, bis _____	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, until _____ ja, bis _____
<b>Name of university or polytechnic/professional school</b> Name der (Fach-) Hochschule			
<b>My child/ren has/have done / is/are doing national military/community service</b> (Please include written confirmation.) Mein/e Kind/er leistet/e bzw. leisten/leisteten Grundwehr-/Zivildienst (Bitte fügen Sie eine Bescheinigung bei.)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, until _____ ja, bis _____	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, until _____ ja, bis _____	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, until _____ ja, bis _____

### Details on the allocation of a health insurance number

#### Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer

	Spouse/partner as defined in the German Civil Partnerships Act Ehegatte/Ehepartner nach dem LPartG	Child Kind	Child Kind	Child Kind
<b>Last name, first name</b> Name, Vorname				
<b>Pension insurance number</b> Rentenversicherungs-Nr.				

If no pension insurance number has been assigned, please state the following  
 Falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitten wir noch um folgende Angaben

<b>Name at birth</b> Geburtsname				
<b>Place of birth</b> Geburtsort				
<b>Nationality</b> Staatsangehörigkeit				

Please inform us of any changes (e.g. changes in income, or if your relatives take out their own health insurance).

Bitte informieren Sie uns, wenn sich etwas ändert (z. B. bei dem Einkommen oder bei Beginn einer eigenen Mitgliedschaft Ihrer Familienangehörigen).

If you have any questions, you can reach us by phone at \_\_\_\_\_  
 Bei Fragen erreichen Sie uns unter der Telefonnummer \_\_\_\_\_  
 (This information is voluntary.)  
 (Diese Angabe ist freiwillig.)

My family members have given their consent to my supplying their data.  
 Meine Familienangehörigen haben zugestimmt, ihre Daten anzugeben.

Date \_\_\_\_\_ Member's signature \_\_\_\_\_  
 Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Mitglieds

When family members are not cohabiting, the family member's signature is sufficient.  
 Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

**We need your personal details ("social data") in order to be able to do our job for you properly. This is based on § 284 of the Code of Social Law V (Sozialgesetzbuch V = SGB V) in association with § 206 of SGB I, or § 28 o SGB IV and § 94 SGB XI in association with § 50 SGB XI. We will be happy to provide you with details of how your data are protected.**

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Wir informieren Sie gern, wie wir Ihre Daten schützen.