Nachname, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Mit Anspruch auf Krankengeld versichern

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Angaben zur Versicherung

Ich möchte mich mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung versichern. Meine Wahl gilt für 3 Jahre.

Ich wähle den Krankengeldanspruch

☐ ab Beginn meiner Selbstständigkeit.

Nur möglich innerhalb von 2 Wochen nach Beginn der Selbstständigkeit.

☐ ab dem nächsten Monat.

Können Sie zum 1. eines Monats wählen (nicht rückwirkend).

☐ zum |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

Ich bin

☐ arbeitsfähig.

☐ arbeitsunfähig.

Sie sind arbeitsunfähig, wenn Sie wegen einer Erkrankung nicht mehr arbeiten können oder wenn die Gefahr besteht, dass sich die Erkrankung verschlimmern könnte. Dies gilt auch, wenn sich absehbar gesundheitliche Nachteile für Ihre Gesundheit aufgrund der Arbeit ergeben, welche unmittelbar zur Arbeitsunfähigkeit führen.
Wichtig: Während Sie arbeitsunfähig sind, können wir Ihren Versicherungsschutz nicht ändern.

Angaben für Rückfragen

|_|_|_|_