Deutsche Post
ANTWORT

Techniker Krankenkasse
22790 Hamburg

Name _____
Vorname _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Vers.-Nr. _____

Versicherungsschutz mit Anspruch auf Krankengeld

Allgemeine Angaben

Ich möchte mich mit Anspruch auf Krankengeld für die Zeit ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit* oder einer stationären Behandlung versichern. An diese Wahl bin ich für drei Jahre gebunden.

☐ Ich wähle den Krankengeldanspruch ab dem nächsten Monat

☐ Ich wähle den Krankengeldanspruch ab Beginn meiner Selbstständigkeit
(Wählbar innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Selbstständigkeit)

☐ Ich bin arbeitsfähig

☐ Ich bin arbeitsunfähig

seit dem ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Tag Monat Jahr

*Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie Ihre Erwerbstätigkeit aufgrund einer Erkrankung nicht mehr ausüben können oder nur noch auf die Gefahr hin, Ihre Erkrankung zu verschlimmern. Während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit können wir Ihren Versicherungsschutz nicht umstellen.

Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angabe

E-Mail, freiwillige Angabe

Tag Monat Jahr

Unterschrift

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