



Deutsche Post 

ANTWORT

Techniker Krankenkasse
Konrad-Adenauer-Str. 13
50996 Köln

Name: _____

Street: _____

Post Code / Town: _____

Family Insurance
Familienversicherung

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 Familienversicherung

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.

	Spouse Ehegatte	Child Kind	Child Kind	Child Kind
Name 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)				
First Name Vorname				
Date of birth Geburtsdatum				
Relationship to member (e.g. son, daughter, step-son/daughter) Verwandschaft zum Mitglied (z. B. Sohn, Tochter, Stiefsohn/-tochter)	/			
Address, if different from own ggf. abweichende Anschrift				
My relatives are/ have been insured until now Meine Angehörigen waren/sind bisher versichert	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja nein	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja nein	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja nein	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja nein
If yes: 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
Name and address of health insurance company Name und Anschrift der Krankenkasse				
My relatives are in paid employment Meine Angehörigen sind erwerbstätig	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja nein	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja nein	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja nein	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja nein
If yes: name and address of employer Wenn ja, Name und Anschrift des Arbeitgebers				
My relatives are self-employed Meine Angehörigen sind selbstständig tätig	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja nein	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja nein	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja nein	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no ja nein

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

Additional information about children

Zusätzliche Angaben bei Kindern

My child/ren attend/s school (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
Type of school (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.)			
My child/ren is/are studying 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
Name of university or polytechnic/professional school Name der (Fach-) Hochschule			
My child/ren has/have done / is/are doing national military/community service (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
Last name, first name Name, Vorname				
Pension insurance number 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

Name at birth Geburtsname				
Place of birth Geburtsort				
Nationality 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 _____

Datum

Member's signature _____

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.