

Krankengeldantrag für

Arbeitnehmer / Angestellte*

Arbeitsuchende*

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

Allgemeine Angaben zur Person

Frau Herr Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift des Mitgliedes (Straße, Postleitzahl und Ort)

Krankenversicherungsnummer Telefonnummer tagsüber (bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe) E-Mail (bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe)

Erklärung des Mitglieds für die Auszahlung von Krankengeld

▶ **Arbeitsunfähigkeit besteht/Reha-Maßnahme läuft seit dem**

▶ **Haben Sie Rehabilitationsmaßnahmen beantragt?** Nein Ja Art der Leistung:

▶ **Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt?** Nein Ja, seit dem:
 Rentenart: Antrag gestellt bei:

▶ **Beziehen Sie Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?** Nein Ja, seit dem:
 Rentenart: Versicherungsträger:

▶ **Wurden Sie von der Rentenversicherungspflicht befreit?** Nein Ja (In diesem Fall bitte eine Kopie des Befreiungsbescheides beifügen)

▶ **Ist Ihre Krankheit Folge eines Unfalls, einer Wehrdienstbeschädigung oder Berufskrankheit?** Nein Ja, nämlich ▶ Arbeitsunfall Verkehrsunfall sonstiger Unfall
 Wehrdienstbeschädigung Berufskrankheit tätl. Auseinandersetzung

▶ **Während der Arbeitsunfähigkeit habe ich**
 nicht gearbeitet gearbeitet
 Entgeltfortzahlung erhalten Arbeitsentgelt erhalten Vorruhestandsgeld erhalten

▶ **Mein Arbeitsverhältnis**
 (nur auszufüllen bei Arbeitnehmern / Angestellten)
 besteht weiter fort ist / wird gekündigt zum:
 ist / war zeitlich befristet vom: bis:
 ▶ Falls es zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses gekommen ist, fügen Sie diesem Antrag bitte eine **Kopie der Kündigung sowie eine Kopie des Arbeitsvertrages** bei und geben Sie zusätzlich an:
 Ich habe **Kündigungsschutzklage eingereicht** am:
 Ich bin mit der Kündigung einverstanden und werde **keine Kündigungsschutzklage einreichen**
 Ich bin bis zum Ende des Beschäftigungsverhältnisses von der Arbeit freigestellt
 Nein Ja (In diesem Fall bitte eine Kopie der Freistellungsvereinbarung beifügen)

▶ **In welchem zeitlichen Umfang (z. B. Vollzeit, Teilzeit) haben Sie sich zuvor zwecks Erlangung des Arbeitslosengeldanspruches der Arbeitsagentur zur Verfügung gestellt?**
 (nur auszufüllen bei Arbeitsuchenden)

▶ **Haben Sie ein Kind bzw. Kinder?**
 (Hierzu zählen auch nicht im gemeinsamen Haushalt lebende und bereits erwachsene Kinder)
 Nein Ja (In diesem Fall bitte einen Nachweis beifügen, z. B. Kopie der Geburtsurkunde, Vaterschaftsanerkennung, o. ä.)

▶ **Liegt bei Ihnen eine Schwerbehinderung vor?**
 Nein Ja, seit dem: Grad der Behinderung:

▶ **Ich bin bei folgendem Arzt/ folgenden Ärzten in Behandlung**
 (Bitte jeweils die vollständige Anschrift angeben)

	<table border="1"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J		
Name, Vorname	Geburtsdatum								

Angabe zum Versicherungsverlauf

Zeitraum	Bei folgender Krankenkasse versichert	Pflicht	Rentner	Freiwillig	Familienversicherung	Nicht bzw. Privat
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zur Bankverbindung / Steueridentifikationsnummer

► Das Krankengeld soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber/in	Geldinstitut
IBAN	BIC

Als Träger der Sozialversicherung sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, die Daten über die im Kalenderjahr gewährten Leistungen sowie die Leistungsdauer an die Finanzverwaltung zu übermitteln. Für die Übermittlung wird Ihre steuerliche Identifikationsnummer (erhalten Sie vom Finanzamt) nach § 139a Abgabenordnung benötigt.

▶
Steueridentifikationsnummer (TIN)

Einwilligung zur Inanspruchnahme individueller Beratung und Hilfestellung

Sie haben Anspruch auf eine individuelle Beratung und Hilfestellung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (§ 44 Abs. 4 SGB V). Wir übernehmen diese Aufgaben gerne, um Sie aktiv bei der Wiederherstellung Ihrer Arbeitsfähigkeit zu unterstützen. Um dies sinnvoll umsetzen zu können, kann es im Einzelfall notwendig sein, über den gesetzlichen Auftrag hinaus personenbezogene Daten, die aufgrund anderer Rechtsgrundlagen übermittelt wurden, zu verarbeiten und zu nutzen. Hierbei wird selbstverständlich der Datenschutz gewährleistet. Solche personenbezogenen Daten bzw. Informationen können beispielsweise sein:

- Diagnosen Ihrer behandelnden Ärzte
- für die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation nötigen Informationen
- Daten im Zusammenhang mit Leistungen anderer Sozialversicherungsträger (Rentenversicherung, Unfallversicherung, usw.)

Diese Einwilligungserklärung bedarf Ihrer Unterschrift, ist freiwillig und auf Ihren konkreten Fall der Arbeitsunfähigkeit beschränkt. Sie kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Verweigerung der Einwilligung oder ein späterer Widerruf haben keine Auswirkungen auf Ihren Krankengeldanspruch. Wir bitten Sie daher, diese Einwilligungserklärung zu unterschreiben, damit wir Sie bestmöglich beraten und unterstützen können.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin einverstanden, dass der ausführliche Entlassungsbericht einer durchgeführten Heilbehandlung/Rehabilitationsmaßnahme an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weitergeleitet werden darf. Ich bin einverstanden, dass alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes erforderlichen Auskünfte und Unterlagen, insbesondere Berichte von Ärzten und Behandlungsstätten, Akten und Gutachten von anderen Sozialversicherungsträgern (insbes. der Deutschen Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit), Versorgungsbehörden sowie sonstigen Stellen eingeholt werden. Die Salus BKK ist berechtigt, anderen Sozialleistungsträgern für eine Leistungs- oder Antragsentscheidung MDK-Gutachten zu übersenden. Diese Erklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Abschließende Erklärung

► **Mir ist bekannt, dass eine verspätete ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit zum Wegfall der Krankengeldzahlung führt. Sofern kein Beschäftigungsverhältnis besteht, endet in diesem Fall meine Mitgliedschaft.**

► **Ich erkläre, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Ich verpflichte mich, Änderungen in meinen Verhältnissen umgehend mitzuteilen. Dies gilt auch, wenn ich während der Arbeitsunfähigkeit gegen Entgelt arbeite.**

Datenschutzhinweis: Die Angaben dienen der Beratung und Aufklärung, der rechtzeitigen und zügigen Bereitstellung notwendiger Leistungen (§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I) sowie der Beurteilung des Anspruchs auf und der Höhe von Krankengeld (§§ 44 ff SGB V). Es besteht nach § 60 Abs. 1 SGB I eine gesetzliche Verpflichtung zur Mitwirkung. Wird dieser nicht nachgekommen, können Nachteile bei der Leistungsgewährung entstehen (§ 66 SGB I). Die Telefonnummer benötigen wir, um im Falle von Rückfragen diese kurzfristig klären zu können. Der Verwendung dieser Daten können Sie jederzeit bei der Salus BKK für die Zukunft widersprechen. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: www.salus-bkk.de/datenschutz

Ort, Datum

X
Unterschrift der/des Versicherten