

Antrag auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Name, Vorname des/der Versicherten	KV-Nummer
Anschrift	Telefon *

Bankverbindung

BIC	Kreditinstitut
IBAN	Kontoinhaber

Wegen Erkrankung meines Kindes	Name, Vorname	Geb.-Datum
--------------------------------	---------------	------------

beantrage ich Krankengeld vom _____ bis _____

Mein Kind ist selbst Mitglied familienversichert

Name der Krankenkasse

privat versichert

Die beigelegte ärztliche Bescheinigung weist aus, dass die Beaufsichtigung, Betreuung bzw. Pflege durch mich erforderlich ist und ich deshalb der Arbeit fernbleiben muss.

Angaben zur Feststellung des Leistungsanspruches

1.) Wurde Ihnen im laufenden Kalenderjahr aus Anlass einer vorausgegangenen Erkrankung Ihres Kindes Krankengeld oder bezahlte Freistellung durch den Arbeitgeber gewährt?

ja nein

wenn ja, a) Krankengeld von der

b) bezahlte Freistellung von meinem Arbeitgeber

Name der Krankenkasse	
von	bis

2.) Betreuen Sie Ihr Kind als allein erziehender Elternteil? ja nein

3.) Ist aufgrund der jetzigen Erkrankung Ihres Kindes ein Krankengeldantrag bei einer anderen Krankenkasse gestellt worden? ja nein

4.) Ist die Erkrankung Ihres Kindes auf einen Unfall zurückzuführen? ja nein

Wenn ja, Name und Anschrift des Schädigers:

Name
Anschrift

(Bitte Folgeseite beachten.)

5.) In meinem Haushalt leben folgende Personen: (erforderlich sind auch die Angaben zur eigenen Person)

Zu- und Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	Arbeitszeit, Schul- oder Kindergartenbesuch von bis	Mitglied welcher Kran- kenkasse?
Antragsteller/in		_____		_____
Ehegatte		_____		
Kind				
Kind				
sonstige Angehörige				

6.) Warum ist die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege Ihres erkrankten Kindes durch eine der unter 5.) genannten Personen nicht möglich? (Angaben erforderlich für Personen ab vollendetem 16. Lebensjahr.)

7.) Wo wird das Kind während Ihrer und der Abwesenheit Ihres Ehegatten sonst beaufsichtigt?

von _____ bis _____

8.) Ist Ihr Arbeitgeber nach vertraglicher oder gesetzlicher Regelung verpflichtet, Ihnen aus diesem Anlass bezahlte Freistellung zu gewähren?

ja nein

Wenn ja, für welchen Zeitraum? _____

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und richtig beantwortet. Sofern sich die o. g. Verhältnisse ändern, werde ich sofort die AOK benachrichtigen.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zur Prüfung des Anspruchs auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen hinsichtlich der Leistungsansprüche führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte. Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.