

Antrag auf Kinderkrankengeld

bei stationärer Mitaufnahme

Neue Leistung ab dem 01.01.2024

Damit wir Ihren Anspruch prüfen können, füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus und senden Sie ihn unterschrieben an uns zurück.

Gleich
ausfüllen
und
absenden

1. Daten des Versicherten

Name:

Vorname:

Versicherten-Nr.:

2. Daten des erkrankten Kinds

Name:

Vorname:

Versicherten-Nr.:

Falls Ihr Kind nicht bei der Mobil Krankenkasse versichert ist:

Name der Krankenversicherung des Kinds:

Geburtsdatum:

3. Weitere Angaben

3.1 Zeitraum Ihrer stationären Mitaufnahme: Bei unterbrochener Mitaufnahme geben Sie bitte die Einzelzeiträume Ihrer Begleitung an.
Dies könnte z. B. sein, wenn Ihre Mitaufnahme im Wechsel mit Ihrem Partner erfolgte.

vom:

bis:

vom:

bis:

vom:

bis:

3.2 Um welche Art der stationären Behandlung handelt es sich?

- stationäre Krankenhausbehandlung – voll-, teil- oder tagesstationär
 stationäre Vorsorgeleistung
 stationäre Rehabilitationsleistung

3.3 Ist die stationäre Behandlung wegen einer Erkrankung erforderlich, die durch einen Unfall verursacht wurde? (Unfallfolgen)

ja nein

Wenn ja, Zutreffendes bitte ankreuzen: Die stationäre Behandlung meines Kinds ist/war Folge¹

- eines Kita- oder Schulunfalls. eines sonstigen Unfalls.
 einer gesundheitlichen Schädigung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht.²

¹ Die Information finden Sie auf der Verordnung der Krankenhausbehandlung (Muster 2).

² Darunter werden alle Folgen verstanden, die wegen schädigender Ereignisse im Zusammenhang mit Gewalttaten, Kriegsauswirkungen beider Weltkriege, Ereignissen im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes und Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die eine gesundheitliche Schädigung verursacht haben, entstanden und von der Verwaltungsbehörde anerkannt worden sind.

Antrag auf Kinderkrankengeld bei stationärer Mitaufnahme

Name:

Vorname:

Versicherten-Nr.:

4. Bitte beifügen* – Bescheinigung(en) der stationären Einrichtung:

- Bestätigung der Dauer/des Zeitraums Ihrer Mitaufnahme
- Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit der Mitaufnahme (nur erforderlich bei Kindern ab dem Alter von neun Jahren)

*Falls Sie die Bescheinigung(en) bereits bei uns eingereicht haben, brauchen Sie diese nicht erneut beifügen.

5. Das Kinderkrankengeld soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN (International Bank Account Number, 22-stellig):

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (Business Identifier Code, 11-stellig):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kinds im Rahmen der stationären Mitaufnahme der Arbeit ferngeblieben bin oder der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung stand. Für die Begleitung meines o. g. Kinds während der Zeiten unter Ziffer 3.1 hat kein anderer Elternteil ein Krankengeld beantragt /in Anspruch genommen.

Datenschutzhinweis: Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung von Kinderkrankengeld im Rahmen von § 45 Sozialgesetzbuch (SGB) V/Kindererkrankengeld im Rahmen von § 45 Sozialgesetzbuch (SGB) VII. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Telefon (freiwillig):

E-Mail (freiwillig):

Ort, Datum:

Unterschrift:

Senden Sie bitte diese Seiten ausgefüllt zurück

Per Post:
Mobil Krankenkasse
FB Leistungen
20091 Hamburg

Per E-Mail:
Unterlagen scannen und senden an
info@service.mobil-krankenkasse.de

Per App MOBIL ME:
Unterlagen fotografieren
und hochladen