

Antrag auf Krankengeld

bei Begleitung von Menschen mit Behinderung zur stationären Krankenhausbehandlung (§ 44b Sozialgesetzbuch V)

Damit wir Ihren Anspruch auf Krankengeld prüfen können:

Füllen Sie bitte diesen Antrag vollständig aus und senden ihn unterschrieben an uns zurück. Beachten Sie, dass der Antrag aus mehreren Teilen besteht. Reichen Sie uns bitte alle Nachweise (z. B. die Bescheinigung des Krankenhauses zu den medizinischen Gründen und zur Dauer Ihrer Begleitung) zusammen mit dem Antrag ein.

1. Daten der Begleitperson - Antragsteller(in)

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefon (freiwillig):

E-Mail (freiwillig):

1.1. Verhältnis zur begleitenden Person

Im Verhältnis zu der unter Punkt 2 genannten Person, die ich begleite, bin ich

- ein naher Angehöriger (nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz, z. B. Mutter, Großvater, Schwager).
- eine andere Person aus dem engsten persönlichen Umfeld.
- anderes Verhältnis (Bitte geben Sie an, in welchem Verhältnis Sie zur begleitenden Person stehen.)

1.2. Angaben zur Begleitung

(Bitte Bescheinigung vom Krankenhaus beifügen. Hierzu kann die beigefügte Bescheinigung vom Krankenhaus unter Ziffer 3 genutzt werden.)

Die medizinisch notwendige Begleitung der Person unter Punkt 2 erfolgte

- durch eine Mitaufnahme am/seit/vom bis
- ohne Mitaufnahme zu folgenden Zeiten (Anwesenheit im Krankenhaus inklusive Zeiten der An- und Abreise):

Datum	Uhrzeit (von – bis)	Datum	Uhrzeit (von – bis)

Antrag auf Krankengeld bei Begleitung von Menschen mit Behinderung zur stationären Krankenhausbehandlung (§ 44b Sozialgesetzbuch V)

Name, Vorname:

Versichertennummer:

1.3. Begleitung durch Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe (Assistenz)

Während der Zeit meiner Begleitung erfolgte zusätzlich eine Begleitung durch eine/n Mitarbeitende/n eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe

- Nein
- Ja, zu folgenden Zeiten (Bitte Tage und Zeiträume an diesen Tagen angeben):

1.4. Angaben zum Fernbleiben von der Arbeit/Erwerbstätigkeit:

Für Arbeitnehmende: Aufgrund der Begleitung bin ich der Arbeit

- vollständig ferngeblieben.
- teilweise ferngeblieben an folgenden Tagen:

Ich habe während der Begleitung

- keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen meinen Arbeitgeber.
- einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen meinen Arbeitgeber
vom bis
- einen unbezahlten Urlaub in Anspruch genommen
vom bis

Für Selbstständige: Aufgrund meiner Begleitung bin ich meiner Erwerbstätigkeit

- vollständig ferngeblieben.
- teilweise ferngeblieben an folgenden Tagen:

Ich habe während der Begleitung

- einen vollständigen Ausfall von Arbeitseinkommen.
- einen teilweisen Ausfall von Arbeitseinkommen in Höhe von Euro.
- keinen Ausfall von Arbeitseinkommen.

1.5. Bezug von Entgeltersatzleistungen

Während der Begleitung beziehe ich

- keine andere Entgeltersatzleistung.
- Kurzarbeitergeld
(wegen vollständiger (100 %) Kurzarbeit.)

vom

bis

- eine andere Entgeltersatzleistung:

1.6. Beendigung des Arbeitsverhältnisses/der Erwerbstätigkeit während der Begleitung

- wird nicht beendet
- wird beendet am*
- wird wegen Rentenbezug beendet am*

*Bei Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit bitte Gewerbeabmeldung beifügen.

Antrag auf Krankengeld bei Begleitung von Menschen mit Behinderung zur stationären Krankenhausbehandlung (§ 44b Sozialgesetzbuch V)

Name, Vorname:

Versichertennummer:

1.7. Besteht ein krankensicherungsfreies Arbeitsverhältnis (geringfügige Beschäftigung, Werkstudententätigkeit oder Praktikum)?

nein ja (Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift Ihres Arbeitgebers an.)

1.8. Wurde in den letzten 12 Kalendermonaten der Arbeitgeber gewechselt?

nein ja

Wenn ja, wurden in diesem Zeitraum Einmalzahlungen gezahlt? (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld)

nein ja (Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift Ihres Arbeitgebers an.)

1.9. Meine Bankverbindung

Name des Geldinstituts:

BIC (Business Identifier Code, 11-stellig):

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

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

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

Kontoinhaber, sofern abweichend vom Antragsteller (Name, Anschrift):

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 Ihres Anspruchs auf Krankengeld und Feststellung der Höhe im Rahmen des § 44b Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Gut zu wissen: Gesetzlich krankenversicherte nahe Angehörige oder Personen aus dem engsten persönlichen Umfeld eines Menschen mit Behinderung können bei medizinisch notwendiger Begleitung während einer stationären Krankenhausbehandlung einen Anspruch auf Krankengeld haben. Dafür sind die gesetzlich vorgegebenen Anspruchsvoraussetzungen nachzuweisen, z. B. dass wegen der Begleitung ein Verdienstaufschlag entstanden ist oder die zu begleitende Person Leistungen der Eingliederungshilfe bezieht.

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sofern sich Änderungen ergeben, werde ich meine Krankenkasse umgehend informieren.

Ort, Datum:

Unterschrift (Mitglied bzw. gesetzl. Vertreter):

Senden Sie bitte diese Seiten ausgefüllt zurück

Per Post:
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

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

Per App MOBIL ME:
Unterlagen fotografieren
und hochladen

Antrag auf Krankengeld bei Begleitung von Menschen mit Behinderung zur stationären Krankenhausbehandlung (§ 44b Sozialgesetzbuch V)

Name, Vorname:

Versichertennummer:

2. Antragsteil: Bitte lassen Sie die Angaben von der begleiteten Person oder deren gesetzlichem Betreuer ausfüllen.

2. Daten der begleiteten Person – Patient(in)

Name, Vorname:

Krankenversicherten-Nr.:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Besteht eine gesetzliche Krankenversicherung? ja nein

Krankenkasse:

2.1. Es liegt eine Behinderung vor und Leistungen der Eingliederungshilfe werden bezogen (nach §§ 90 – 150 SGB IX, § 35a SGB VIII oder § 27d Abs. 1 Nr. 3 BVG):

ja (Bitte Nachweis über den Bezug der Eingliederungshilfe beifügen.) nein

2.2. Die Begleitperson erbringt für mich Leistungen der Eingliederungshilfe gegen Entgelt (nach §§ 90 – 150 SGB IX, § 35a SGB VIII oder § 27d Abs. 1 Nr. 3 BVG):

ja nein

2.3. Die Krankenhausbehandlung ist/war in Folge eines Unfalls erforderlich (Die Information finden Sie auf der Verordnung der Krankenhausbehandlung [Muster 2], welches von der verordnenden Arztpraxis ausgestellt wurde.):

- nein
- ja, es handelt sich um die Folge eines Arbeitsunfalls bzw. einer anerkannten Berufskrankheit
- ja, es handelt sich um die Folge eines Privatunfalls

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 des Anspruchs auf Krankengeld im Rahmen des § 44b Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Infos unter: mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sofern sich die oben genannten Angaben ändern, werde ich die Begleitperson und deren Krankenkasse umgehend informieren.

Telefon (freiwillig):

E-Mail (freiwillig):

Ort, Datum:

Unterschrift (begleitete Person bzw. Betreuer):

Senden Sie bitte diese Seite ausgefüllt zurück

Per Post:
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

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

Per App MOBIL ME:
Unterlagen fotografieren
und hochladen