

Zurück an:

Als Scan oder Foto per E-Mail: **kundenservice@bkk-herkules.de**, per Fax: **0561 208 55 8100**
Oder über unseren Online Servicepoint. Jetzt QR-Code scannen und registrieren!

BKK Herkules

Jordanstraße 6
34117 Kassel



Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus und senden Sie uns beide Seiten zurück!

Krankengeld für die Betreuung meines Kindes

Angaben Kind:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Mitglied (Vater/Mutter): Name: _____

Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: _____

1. Die Einrichtung zur Betreuung des o. g. Kindes, die Schule oder Einrichtung für Menschen mit Behinderung ist zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionen oder übertragbaren Krankheiten aufgrund des Infektionsschutzgesetzes vorübergehend geschlossen oder deren Betreten untersagt oder die zuständige Behörde hat aus Infektionsschutzgründen Schul- oder Betriebsferien angeordnet oder die Präsenzpflcht in der Schule wurde aufgehoben oder der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot eingeschränkt oder das Kind besucht aufgrund einer behördlichen Empfehlung die Einrichtung nicht.

Datum	Unterschrift und Stempel der Einrichtung/Schule/Kindergarten/etc.

2. Während welcher Zeit müssen/mussten Sie die Arbeit wegen der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege Ihres Kindes einstellen?

Meine Arbeit muss/musste ich einstellen:

vom _____ bis _____ = _____ Arbeitstage
vom _____ bis _____ = _____ Arbeitstage
vom _____ bis _____ = _____ Arbeitstage
vom _____ bis _____ = _____ Arbeitstage

3. Haben Sie in diesem Kalenderjahr bereits für das jetzt zu betreuende Kind Krankengeld in Anspruch genommen?

nein ja, für _____ Tage

4. Das Krankengeld soll auf folgende Bankverbindung überwiesen werden:

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift

5. Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes der Arbeit ferngeblieben bin / fernbleiben werde und gegen meinen Arbeitgeber während der Freistellung der Arbeit	
<input type="checkbox"/>	Keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe.
<input type="checkbox"/>	Anspruch auf Entgeltfortzahlung für _____ Tage habe.
6. Für das genannte Kind wurde in diesem Kalenderjahr aufgrund einer vorangegangenen Erkrankung / Betreuung des genannten Kindes eine bezahlte Freistellung durch meinen Arbeitgeber gewährt	
<input type="checkbox"/>	ja, von ____ bis ____ / <input type="checkbox"/> nein
7. Leistet Ihr Arbeitgeber im Falle einer Erkrankung oder Betreuung des Kindes eine bezahlte Freistellung?	
<input type="checkbox"/>	ja, für ____ Arbeitstage / <input type="checkbox"/> nein
8. Ich bin Alleinerziehende(r) <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	

Ich versichere, dass eine andere in meinem Haushalt lebende Person die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes nicht übernehmen kann.

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und richtig beantwortet. Sofern sich die o. g. Verhältnisse ändern, werde ich meine Krankenkasse informieren.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten