

## Antrag auf Übertragung des Anspruchs von Kinderpflegekrankengeld

Bitte beachten Sie, dass die **Übertragung des Anspruchs nur für den unten genannten Übertragungszeitraum erfolgt**. Für eine weitere Anspruchsübertragung ist ein neuer Antrag notwendig. Klären Sie bitte mit Ihrem Arbeitgeber, ob eine Freistellung über die Höchstbezugsdauer möglich ist.

### Allgemeine Angaben des Mitglieds

**Familienstand:**  ledig  verheiratet  eingetragene Lebenspartnerschaft<sup>1</sup>  verwitwet  getrennt lebend  geschieden seit \_\_\_\_\_

1 = nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben auf diesem Antrag unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Frau  Herr  Name, Vorname  T T M M J J J J J Geburtsdatum

Krankenversicherungsnummer Diese finden Sie auf Ihrer aktuellen Versichertenkarte!  Telefonnummer tagsüber (bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe)

### Erklärung unseres Mitglieds

Hiermit beantragen wir für den nachfolgend genannten Zeitraum die Übertragung des noch zustehenden Anspruchs auf Kinderpflegekrankengeld von meinem Ehegatten/Lebensgefährten auf mich.

#### ► Übertragungszeitraum

von  T T M M J J J J J bis  T T M M J J J J J

#### ► Name und Geburtsdatum des betreffenden Kindes<sup>2</sup>

T T M M J J J J J Geburtsdatum

#### ► Name und Anschrift der Krankenkasse meines Ehegatten/Lebensgefährten

#### ► Name des Ehegatten/Lebensgefährten<sup>2</sup>

#### ► Versicherungsnummer des Ehegatten/Lebensgefährten

Diese finden Sie auf der aktuellen Versichertenkarte!

2 = Bitte beachten Sie, dass im Fall eines abweichenden Namens ein geeigneter Nachweis der Elterneigenschaft (z. B. Kopie der Geburtsurkunde) notwendig und dem Antrag beizufügen ist.

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: [www.salus-bkk.de/datenschutz](http://www.salus-bkk.de/datenschutz)

Ort, Datum

X

Unterschrift des Mitglieds

X

Unterschrift des Ehegatten/Lebensgefährten

### Bestätigung der Krankenkasse (nur von der Krankenkasse des Ehepartners/Lebensgefährten auszufüllen)

Der Übertragung des Anspruchs nach § 45 SGB V wird zugestimmt. Ersatzansprüche gemäß § 102 SGB X werden anerkannt.

Unser Mitglied hat im Kalenderjahr  J J J J J ►  kein Kinderpflegekrankengeld  
►  für insgesamt \_\_\_\_\_ Arbeitstage Kinderpflegekrankengeld nach § 45 SGB V erhalten.

Der Übertragung des Anspruchs nach § 45 SGB V wird aus nachfolgendem Grund nicht zugestimmt:

IK-Nummer der Krankenkasse

Stempel/ Datum/ Unterschrift der Krankenkasse