

Antrag auf Mutterschaftsgeld

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Servicenummer _____

Telefon-Nr.* _____ Mobilfunk-Nr.* _____ E-Mail* _____

Bei einer anderen Krankenkasse habe ich Leistungen der Mutterschaftshilfe nicht beantragt und werde auch keine beantragen.

Mein letzter Arbeitstag/Urlaubstag vor der Entbindung war der _____ .

Voraussichtlicher Entbindungstag _____

Tatsächlicher Entbindungstag _____

Mein derzeitiges/letztes Arbeitsverhältnis wurde

vom Arbeitgeber von mir am _____ zum _____ gekündigt.

Grund der Kündigung: _____

War dem Arbeitgeber die Schwangerschaft bekannt? ja nein

Liegt die Zustimmung des Gewerbeaufsichtsamtes vor? ja nein

Findet ein arbeitsgerichtliches Verfahren statt? ja nein

Das Arbeitsverhältnis endet durch Fristablauf am _____ .

Ich beziehe bis zum Beginn der Schutzfrist Arbeitslosengeld
(Bitte Aufhebungsbescheid mit Anlagen beifügen)

Für die Überweisung der Geldleistung geben Sie bitte Ihre Bankverbindung an:

IBAN _____

Kontoinhaber _____

Nach Ablauf des Mutterschaftsgeldes werde ich

Elterngeld in
Anspruch nehmen

die Arbeit
wieder aufnehmen

mich bei Arbeitsagentur
melden und Arbeitslosengeld
(nach dem SGB III) beantragen

Meine Steueridentifikationsnummer lautet (11-stellig)

Ich erziehe bereits ein Kind unter 3 Jahren

ja

nein

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich für die Dauer des Bezuges von Mutterschaftsgeld

- keine Beschäftigung oder Tätigkeit ausübe**
- kein Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalte.**

Mir ist bekannt, dass ich bis zum Ablauf der Schutzfrist (8 Wochen nach der Entbindung) nicht arbeiten darf. Sollte ich die Beschäftigung oder Tätigkeit nach Beginn der Geldleistung dennoch weiter ausüben, verpflichte ich mich, die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse sofort zu benachrichtigen um ihr die für diese Zeit zu viel gezahlten Geldleistungen zu erstatten. Dies gilt auch, wenn ich vor Ablauf des Mutterschaftsgeldes eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufnehme.

Datenschutzhinweis:

Die vorgenannten personenbezogenen Daten sind für die Beurteilung des Leistungsanspruchs auf Mutterschaftsgeld erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind die §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. 24 i SGB V. Die Daten werden ausschließlich für die Zwecke der Leistungsentscheidung gespeichert und verwendet. Ihr Mitwirken ist nach §§ 60 SGB I und 206 SGB V erforderlich. Ohne Ihre Mitwirkung kann über den Leistungsanspruch nicht entschieden werden. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei eventuellen Rückfragen bitten wir Sie um freiwillige Angabe (*) Ihrer Telefonnummer / Mobilfunknummer / E-Mail-Adresse.

Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer Personenstamm- sowie Kontaktdaten Ihre zusätzliche Einwilligung (**). Diese kann ohne Einwilligung des Erziehungsberechtigten nach Vollendung des 15. Lebensjahres rechtswirksam abgegeben werden. Im Rahmen dieser zusätzlichen Einwilligung können Empfänger Ihrer Daten von uns beauftragte Dienstleister sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte> oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund Ihrer zusätzlichen Einwilligung (**) erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Die Erteilung der Einwilligung ist keine Voraussetzung und hat keine Auswirkungen auf Ihre gesetzlichen Leistungsansprüche.

Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an: widerruf@rps.aok.de.

Einwilligung:**

¹ Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

¹ Ankreuzfeld

Ort, Datum

Unterschrift