

# Gesetzlicher Krankengeldanspruch



## Wahlerklärung für unständig und kurzzeitig Beschäftigte

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Name\*

\_\_\_\_\_  
Vorname\*

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\*

\_\_\_\_\_  
PLZ\*, Ort\*

\_\_\_\_\_  
Straße\*, Hausnummer\*

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Ich bin seit/ab\* \_\_\_\_\_ unständig beschäftigt (Beschäftigung im Hauptberuf von nur sehr kurzer Dauer – bis zu einer Woche) bei

Ich bin seit/ab\* \_\_\_\_\_ kurzzeitig beschäftigt (Beschäftigung ist befristet auf weniger als zehn Wochen) bei

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Unternehmens

und habe das gesetzliche Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit gewählt.

Ergänzend dazu beantrage ich ab \_\_\_\_\_

**die Mitgliedschaft mit gesetzlichem Krankengeldanspruch** ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Die Mitgliedschaft mit gesetzlichem Krankengeldanspruch beginnt mit dem auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Monat, frühestens ab Beginn der Mitgliedschaft im Rahmen der unständigen oder kurzzeitigen Beschäftigung, es sei denn, die versicherte Person bestimmt einen späteren Zeitpunkt. Sie beginnt ebenfalls ab Beginn der Mitgliedschaft im Rahmen der unständigen oder kurzzeitigen Beschäftigung, wenn die Wahlerklärung spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht gestellt wird. Es ist der allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung maßgebend. Die Beiträge werden vom beschäftigenden Unternehmen vom Lohn einbehalten und abgeführt. Die Krankengeldansprüche (Entstehen des Anspruchs, Dauer und Berechnung des Krankengeldes) richten sich nach den Vorschriften der §§ 44 ff. SGB V.

**Mein Arbeitsvertrag ist beigelegt.**

### SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Hessen: DE65AOK00000018490. Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige die AOK Hessen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Hessen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Name Kontoinhaberin/Kontoinhaber\*

\_\_\_\_\_  
Vorname Kontoinhaberin/Kontoinhaber\*

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
IBAN\*

\_\_\_\_\_  
BIC (bei ausländischer Bankverbindung)

\_\_\_\_\_  
Datum\*

\_\_\_\_\_  
Ort\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaberin/Kontoinhaber\*

Bitte verwenden Sie diese Bankverbindung auch für die Überweisung eines Erstattungsbetrages. Ich werde die AOK Hessen auf dem neuesten Stand halten und informieren, sobald sich meine Angaben ändern.

