

Name, Vorname:	
Krankenversicherungsnummer:	
Arbeitsunfähigkeit ab:	Steuer-ID-Nummer*:

* Wir sind gesetzlich verpflichtet, den Bezug von Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld) an das Finanzamt zu melden. Hierzu benötigen wir Ihre Steuer-Identifikationsnummer.

Erklärung für den Bezug von Krankengeld/Verletztengeld

Ich habe eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt	ja	nein
Ich beziehe eine Rente	ja (Bitte weitere Fragen beantworten.)	nein
Ich beziehe eine Rente seit	von der	
Ich habe eine Rente beantragt	ja (Bitte weitere Fragen beantworten.)	nein
Ich habe am	bei der	eine Rente beantragt.
Ich habe Kinder und zahle KEINEN erhöhten Beitrag zur Pflegeversicherung	ja	nein

Bitte die folgenden Fragen beantworten, wenn Sie Arbeitnehmer/-in sind.

Ich habe am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch teilweise gearbeitet	ja	nein
Ich habe in den letzten 12 Kalendermonaten den Arbeitgeber gewechselt	ja	nein
Wenn ja, ich habe in den letzten 12 Kalendermonaten Einmalzahlungen (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld) von meinem ehemaligen Arbeitgeber erhalten	ja	nein
Ich habe flexible Arbeitszeitregelungen mit längeren Freistellungsphasen (z. B. Altersteilzeit) vereinbart.	ja	nein

Mir ist bekannt, dass Kranken- bzw. Verletztengeld nicht gezahlt wird, wenn ich während der Arbeitsunfähigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen beziehe. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen. Mir ist ferner bekannt, dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind. Ich bin damit einverstanden, dass offene Forderungen der AOK Nordost mit dem Krankengeld/Verletztengeld aufgerechnet werden.

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung des Krankengeldanspruchs nach § 44 ff. SGB V bzw. des Verletztengeldanspruchs nach § 45 SGB VII erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen, z. B. einer verzögerten Bearbeitung bis hin zum Versagen der Leistung, führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte

Telefon*:	E-Mail-Adresse*:
------------------	-------------------------

* Die Angabe der Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig und dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben.

Datum der Unterschrift	Gültig <u>ohne</u> Unterschrift bei Versand über die „Meine AOK“ Unterschrift der/des Versicherten
------------------------	---