

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 Kontoinhaber/Kontoinhaber*

Vorname Kontoinhaber/Kontoinhaber*

PLZ

Ort

Straße

Hausnummer

IBAN*

BIC (bei ausländischer Bankverbindung)

Datum*

Ort*

Unterschrift Kontoinhaber/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.

Datenschutzhinweis: Für die Bearbeitung des Antrags erheben und verarbeiten wir Ihre Daten. Dabei gelten die gesetzlichen Bestimmungen nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 175 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten ist keine Mitgliedschaft möglich. Empfänger Ihrer Daten können Dritte oder von uns beauftragte Partner sein (z. B. IT-Dienstleister). Den Rahmen dafür setzen die gesetzlichen Pflichten und Mitteilungsbefugnisse. Wir benötigen einige persönliche Angaben für die Bearbeitung Ihrer Teilnahmeerklärung. Diese Felder sind entsprechend als Pflichtfelder gekennzeichnet (*). Wir fragen zudem nach Ihren Kontaktdaten, weil wir Ihnen schnell und direkt helfen möchten, zum Beispiel bei Rückfragen. Ihre weitergehende Einwilligung zur Datenverarbeitung (siehe unten) können Sie ohne nachteilige Folgen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht wahrnehmen können Sie gegenüber der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, 64520 Groß-Gerau oder unter aok.de/hessen/einwilligungswiderruf. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung, zu Ihren Rechten und den Kontakt zu unserer/ unserem Datenschutzbeauftragten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte. Gerne stellen wir Ihnen die Informationen auch direkt zur Verfügung. Für die Datenverarbeitung verantwortlich ist die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg.

Einwilligung (Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a DSGVO)

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit ohne nachteilige Folgen widerrufen werden.

☐ **Einwilligung zu Informationen der AOK:** Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Hessen meine angegebenen Daten verarbeitet, um mich über ihre Leistungen und zu privaten Krankenzusatzversicherungen ihres Partners zu informieren und zu beraten. Dazu kann auch Meinungsforschung per E-Mail, Telefon oder SMS gehören, etwa zur Qualitätsmessung. Ich weiß, dass ein beauftragter Dienstleister eingeschaltet werden kann.

Datum

Unterschrift des Mitglieds (bei Mitgliedern unter 18 Jahren unterschreibt die gesetzlich vertretende Person)

22_____
SAP-Nr. Mitarbeiter/-in
(füllt AOK aus)