

DMS 03072

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
Kundenservice Leistung Spezial



Deutsche Krankenversicherung

An  
DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
50594 Köln

KV  
Versicherungsnummer

**Absender:**  
Vorname, Name  
Anschrift

## Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) für Pflegepersonen während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung

### Angaben zur/zum Pflegebedürftigen nahen Angehörigen

#### 1. Persönliche Daten Pflegebedürftigen

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname, Name	Anschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	KV Versicherungsnummer

#### 2. Ergänzende Angaben zum Pflegeversicherungsschutz

Es besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge  Ja  Nein

Wenn ja, Name und Anschrift der Beihilfestelle bzw. des Dienstherrn

Name des Beihilfeberechtigten falls abweichend von Nr. 1

#### Hinweis:

Die Angaben zur zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle bzw. zu dem zuständigen Dienstherrn werden gem. § 44a Abs. 7 SGB XI abgefragt, um diese Stelle über den beitragspflichtigen Bezug von Pflegeunterstützungsgeld zu informieren, falls der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld besteht. Diese Stelle erhält dabei als Information die abgefragten Angaben zur Person des Beschäftigten und zu dem pflegebedürftigen nahen Angehörigen, sowie Beginn und Höhe und eventuell Ende der Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes.

**Bitte reichen Sie uns eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit und über die Erforderlichkeit des Fernbleibens von der Arbeit ein.**

DMS 03072



**Angaben zum Beschäftigten, an den Pflegeunterstützungsgeld gezahlt werden soll****Persönliche Daten der Pflegeperson**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname, Name	Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Telefonnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer	Staatsangehörigkeit

Ich nehme Pflegezeit in Anspruch  Ja  Nein

**Anderweitige Ansprüche**

Unmittelbar vor der Pflegezeit war ich selbstständig tätig  Ja  Nein

Ich versichere, dass ich gegen meinen Arbeitgeber während der Freistellung von der Arbeit

- keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe
- Anspruch auf Entgeltfortzahlung für  Tage habe
- keinen Anspruch auf Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall des Kindes nach § 45 SGB V oder nach § 45 Abs. 4 SGB VII habe (wenn das Kind zugleich der pflegebedürftige nahe Angehörige ist)
- Anspruch auf Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall des Kindes nach § 45 SGB V oder nach § 45 Abs. 4 SGB VII für  Tage habe (wenn das Kind zugleich der pflegebedürftige nahe Angehörige ist)

Beginn der Freistellung:  Ende der Freistellung:

**Lassen Sie uns bitte die Freistellung und die Dauer der Freistellung vom Arbeitgeber bestätigen.**

Während der Pflegezeit besteht Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (z. B. Arbeitslosengeld I)  Ja  Nein

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name der Krankenversicherung	Versicherungsnummer

Während der Pflegezeit bin ich

gesetzlich versichert  privat versichert  familienversichert

**Wichtiger Hinweis:**

**Bitte reichen Sie uns die Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers für den Zeitraum der kurzzeitigen Auszeit ein.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber	Bankverbindung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	BIC

Ggf. Bezeichnung und Anschrift der zuständigen berufsständischen Versorgungseinrichtung (bei Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung)

(Unterschrift des Beschäftigten, an den Pflegeunterstützungsgeld gezahlt werden soll)

#### IV. Einverständnis zur Weitergabe der ärztlichen Bescheinigung

Ich bin damit einverstanden, dass die ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und über die Erforderlichkeit des Fernbleibens von der Arbeit zur Prüfung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld an das private Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen weitergegeben wird.

(Unterschrift des pflegebedürftigen nahen Angehörigen)

#### V. Datenverarbeitung durch den Versicherer

**Ich willige ein**, dass der Versicherer des pflegebedürftigen nahen Angehörigen die zur Durchführung des Versicherungsvertrags erforderlichen Daten des Beschäftigten und des Versicherten, insbesondere Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit der Beantragung von Pflegeunterstützungsgeld erhoben wurden und werden, nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erhebt, verarbeitet und nutzt.

(Ort und Datum, Unterschrift des Beschäftigten)

(Ort und Datum, Unterschrift der versicherten Person, des gesetzlichen Vertreters oder einer sonstigen mit einer Vollmacht versehenen Person)

#### **Hinweis**

Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistungen (Pflegeunterstützungsgeld und Sozialversicherungsbeiträge) erheblich sind, müssen dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Beachte ich diese Obliegenheit nicht, kann mein Versicherer hierdurch leistungsfrei werden.