



Fonds zur sozialen Sicherung für
Arbeitnehmer der Mobilitäts- und
Verkehrsdienstleister e. V.

DEVK
VERSICHERUNGEN



Eingangsstempel

Fonds soziale Sicherung
Niddastr. 98 - 102
60329 Frankfurt

Antrag auf Zahlung von Krankentagegeld für Arbeitnehmer

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Bitte füllen Sie die Angaben in Teil A. vollständig in Druckschrift aus und unterschreiben Sie den Antrag (Teil C. und D.) auf der Rückseite.
- Fügen Sie bitte die unter Teil B. benannte Bescheinigung Ihres Arbeitgebers bei.
- Lassen Sie Teil E. bitte von Ihrer Gewerkschaft ausfüllen.
- Senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag sowie die Bescheinigung (Teil B.) an die oben genannte Anschrift des Fonds soziale Sicherung.
- Für Fragen zum Antragsformular steht Ihnen die Geschäftsstelle des Fonds soziale Sicherung unter Telefon: 069 2713597-0 zur Verfügung.

Bitte füllen Sie diesen Antrag wahrheitsgemäß und vollständig aus.

Wir weisen ausdrücklich daraufhin, dass eine vorsätzliche Verletzung Ihrer Obliegenheiten (insbesondere Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten) zur Leistungsfreiheit führen kann.

Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung Ihrer Obliegenheiten sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der begangenen Obliegenheitsverletzung entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie.

A. Angaben zum Antragsteller	
a) Familien- und Vorname	
Persönliche steuerliche Identifikationsnummer	
Geburtsdatum/Geschlecht	/ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer privat/dienstlich/mobil	
E-Mail-Adresse	
b) Ich bitte, die Versicherungsleistung zu überweisen an:	
Empfänger _____	Kontonummer _____
BLZ _____	Geldinstitut _____
c) Arbeitgeber (genaue Bezeichnung gemäß letzter Entgeltabrechnung)	
d) Name und Anschrift der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat)	
Mitgliedsnummer/Versicherungsnummer der Krankenkasse/-versicherung:	

B. Vom Antragsteller beizubringende Bescheinigung

Bitte weisen Sie durch eine Bescheinigung Ihres Arbeitgebers nach,

- zu welchem Datum die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall im Sinne des Entgeltfortzahlungsgesetzes zu Ihrer Arbeitsunfähigkeit geendet hat,
- ob eine Zahlung eines Krankengeldzuschusses erfolgt und wenn ja, bis zu welchem Datum
- eine ununterbrochene Betriebszugehörigkeit von mindestens 5 Jahren besteht **und**
- ob die arbeitsvertraglich vereinbarte Arbeitszeit der Referenzarbeitszeit entspricht oder geringer ist

C. Erklärung des Antragstellers

Hiermit erkläre ich, dass meine Arbeitsunfähigkeit nicht auf einem erlittenen Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit beruht. Ferner bestätige ich ausdrücklich, dass ich über den Fonds soziale Sicherung bei der DEVK Krankenversicherungs-AG die Auszahlung von Krankentagegeld beantrage, da ich keine Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall im Sinne des Entgeltfortzahlungsgesetzes oder sonstige Zahlungen meines Arbeitgebers (z. B. Krankengeldzuschuss) mehr erhalte. Sollte ich in Zukunft seitens meines Arbeitgebers eine Zahlung erhalten, werde ich für den betreffenden Monat keinen Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld geltend machen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

D. Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz - BDSG -

1. Mir ist bekannt, dass die DEVK Krankenversicherungs-AG zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Nachweis über Arbeitsunfähigkeit) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruchs die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Die DEVK Krankenversicherungs-AG verpflichtet sich, mich vor jeder Anwendung dieser Schweigepflichtentbindungsklausel zu informieren und mir Gelegenheit zu geben, meiner Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht zu widersprechen. Außerdem kann ich jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten im Sinne dieser Bestimmung nur erfolgen darf, wenn vor jeder einzelnen Erhebung meine Einwilligung eingeholt worden ist.

2. Ich willige ein, dass die DEVK Krankenversicherungs-AG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/ Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln, zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der DEVK-Unternehmen, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vertreter weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vertreter dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des vom Fonds soziale Sicherung bereitgehaltenen Merkblatts zur Datenverarbeitung der DEVK Versicherungen Kenntnis zu nehmen.

3. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass der Fonds soziale Sicherung im erforderlichen Umfang allgemeine Antrags- und Leistungsdaten, welche sich aus den Antragsunterlagen oder aus der Vertrags-/Leistungsdurchführung ergeben, in entsprechenden Datensammlungen verarbeitet/archiviert und diese Daten ggf. an die Gewerkschaften TRANSNET, GDBA und die Vertragspartner übermittelt, soweit dies zur Erbringung von Leistungen unabdingbar ist. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

E. Notwendige Bestätigung (Bitte von Ihrer zuständigen Gewerkschaft ausfüllen lassen)

1. Bescheinigung zur Gewerkschaftszugehörigkeit, Mitgliedsnummer _____

Mitgliedschaft in der TRANSNET Gewerkschaft GdED*

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Ortsverwaltung: _____

seit: _____

Mitgliedschaft in der Verkehrsgewerkschaft GDBA*

Geschäftsstelle: _____

seit: _____

2. Der Antragsteller ist kein Beamter, sondern Arbeitnehmer.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift und Telefonnummer der örtlichen gewerkschaftlichen Vertretung