

Erklärung für die Zahlung von Geldleistungen

Persönliche Angaben:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Postleitzahl

Versicherungsnummer

Arbeitsunfähig seit

Arbeitsunfähig bis

Elterneigenschaft:

Haben Sie Kinder?

Ja

Nein

-Leibliche Kinder / -Stief- und Adoptivkinder, die im Haushalt leben / -Erwachsene Kinder (auch wenn sie nicht im Haushalt wohnen)

Arbeitstage:

Arbeiten Sie am Wochenende?

samstags

sonntags

nein

Leistungen zur Rehabilitation:

(Bei Änderungen während Ihrer Arbeitsunfähigkeit bitte die IKK Südwest unverzüglich informieren)

Haben Sie Leistungen zur Rehabilitation beantragt?

Ja, am: _____._____._____

Bei: _____

nein

Befinden Sie sich derzeit in medizinischer Rehabilitation?

Ja, seit _____._____._____

Bis zum _____._____._____

nein

Rentenantragstellung:

(Bei Änderungen während Ihrer Arbeitsunfähigkeit bitte die IKK Südwest unverzüglich informieren)

Haben Sie eine Rente beantragt?

Ja, am: _____._____._____

Bei: _____

nein

Art der Rente: _____

Rentenbezug:

Ja, seit: _____._____._____

Bei: _____

nein

Art der Rente: _____

Ausländische Altersrente:

Haben Sie einen Anspruch auf eine ausländische Altersrente?

Ja, ab _____._____._____ Bei: _____ nein

Ich bin zurzeit bei folgenden Ärzten in Behandlung:

Zusatzfragen:

Ich arbeite als _____ Seit: _____._____._____

Ich übe eine Nebentätigkeit aus: Ja, als _____ Nein

Erlerner Beruf: _____

Ist Ihr Arbeitsverhältnis gekündigt? Ja, am _____._____._____ zum _____._____._____

Nein

Sonstige Angaben:

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber _____

_____._____._____
Datum

Unterschrift

Telefonnummer (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

Die Angabe der Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen.

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Zahlung von Krankengeld nach § 44 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Ansprüchen auf Zahlung des Krankengeldes führen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.

Rückantwort an:

IKK Südwest
66098 Saarbrücken

Absender:

IKK Südwest
66098 Saarbrücken

Versichertennummer:

Antwort
Bitte umgehend ausfüllen und zurücksenden

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
Versichertennummer

Sofern es im weiteren Krankheitsverlauf erforderlich ist, bin ich damit einverstanden, dass alle vorhandenen ärztlichen Unterlagen, Befundberichte, Behandlungsunterlagen, Gutachten, Röntgenbilder sowie Krankenhaus- und Rehaentlassungsberichte im Zusammenhang mit der Erkrankung ab dem ____ . ____ . _____ dem Medizinischen Dienst (MD) zur Verfügung gestellt werden, soweit sie für die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit erforderlich sind.

Die Schweigepflichtsentbindung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort

Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Das Begutachtungsergebnis des MD wird zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Zahlung von Krankengeld nach § 44 SGB V erhoben und verarbeitet. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise

Absender:

IKK Südwest
66098 Saarbrücken

Versichertennummer:

Antwort

Bitte umgehend ausfüllen und zurücksenden

Einwilligung zur individuellen Beratung nach § 44 Abs. 4 fünftes Buch Sozialgesetzbuch und zur Datenerhebung
Versichertennummer

Die IKK Südwest darf mich während meiner Arbeitsunfähigkeit individuell beraten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Inhalte und Ziele der Beratung, sowie die Unterstützungsmaßnahmen informiert wurde (siehe Anlage). Dies gilt auch für die in diesem Zusammenhang erforderliche Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung.

Des Weiteren willige ich ein, dass die IKK Südwest befugt ist im Rahmen des § 44 Abs. 4 SGB V, insbesondere vollständige Entlassungsberichte von Rehabilitationsmaßnahmen, welche im Zusammenhang mit der Erkrankung ab dem _____._____ stehen, anzufordern.

Die IKK Südwest darf meine personenbezogenen Daten für die individuelle Beratung erheben und verarbeiten. Diese Einwilligung gilt für die Dauer der aktuellen Arbeitsunfähigkeit.

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung freiwillig ist und mir keine Nachteile entstehen, wenn ich sie nicht erteile. Ich kann die Einwilligung auch jederzeit für die Zukunft schriftlich widerrufen.

Ort

Datum

Unterschrift

Individuelle Beratung nach § 44 Abs. 4 SGB V

Durch Ihre Einwilligung zur individuellen Beratung nach § 44 Abs. 4 SGB V können wir Sie umfassend unterstützen und beraten. Zum Beispiel zu folgenden Themen:

- Unterstützung bei Arztsuche
- Weitergehende Beratung (z.B. beim Thema Rente und Rentenansprüche)
- Beratung zu besonderen Angeboten der IKK Südwest, u.a.:
 - Ernährungsberatung
 - Besondere Versorgungsformen im Rahmen integrierter Versorgungsverträge mit Leistungsanbietern
 - Orthopädische Zweitmeinung

Um Ihnen die optimale Betreuung zu ermöglichen, kann es notwendig sein, dass wir weitere Daten, wie zum Beispiel

- Daten im Zusammenhang mit einer Leistung der gesetzlichen Unfallversicherung (damit z.B. eine Berufskrankheit oder ein Arbeitsunfall anerkannt wird)
- Daten zur Beratung bei Grundsatzfragen zum Thema Rente
- Angaben, um unsere besonderen Leistungen in Anspruch nehmen zu können (z.B. Ernährungsberatung)
- Unterlagen zu erfolgten Rehabilitationsmaßnahmen

benötigen.

Um die erforderlichen Daten anfordern und bearbeiten zu können, benötigen wir Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die beigefügte Einverständniserklärung. Sie können Ihre Erklärung jederzeit widerrufen. Dies wirkt sich auch nicht auf Ihre Krankengeldzahlung aus. Im Falle des Widerrufs werden die gespeicherten Daten entsprechend gelöscht (§ 84 Abs. 4 SGB X).

Nutzen Sie das Beratungsgespräch – Ihrer Gesundheit zuliebe!

Haben Sie noch Fragen? Rufen Sie uns gerne an.

Ihre
IKK Südwest

Absender:

IKK Südwest
66098 Saarbrücken

Versichertennummer:

Antwort

Bitte umgehend ausfüllen und zurücksenden

**Einwilligung zur Datenerhebung nach § 275 Abs. 1b fünftes Sozialgesetzbuch
Versichertennummer**

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die IKK Südwest die personenbezogenen Angaben zur Wiederaufnahme der Arbeit sowie zu konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Rahmen meiner Arbeitsunfähigkeit im erforderlichen Umfang telefonisch erheben und verarbeiten darf.

Über Inhalte und Ziele der Datenerhebung sowie die Unterstützungsmaßnahmen wurde ich vorab informiert. Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 275 Abs. 1b SGB V zur Feststellung, ob im Rahmen meiner Arbeitsunfähigkeit eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen ist. Diese Einwilligung gilt für die Dauer der aktuellen Arbeitsunfähigkeit.

Die IKK Südwest protokolliert jede telefonische Datenerhebung. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie jederzeit Ihr Auskunftsrecht nach Artikel 15 der Verordnung (EU) 2016/679 ausüben dürfen.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung zur telefonischen Erhebung auf freiwilliger Basis erfolgt. Mein Einverständnis kann ich verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Hierbei entstehen keine Nachteile für mich. Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: IKK Südwest, Europaallee 3-4, 66113 Saarbrücken.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.

Ort

Datum

Unterschrift