

Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: | | | | | | | | | |

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandschaftsverhältnis
_____		_____
_____		_____
_____		_____

Die im Haushalt lebende Person konnte nicht als Begleitperson stationär mitaufgenommen werden, weil

5. Für die Dauer der stationären Mitaufnahme wird/wurde in Anspruch genommen:

- tariflicher Sonderurlaub vom | | | | | | | | | | bis | | | | | | | | | |
- bezahlter Urlaub vom | | | | | | | | | | bis | | | | | | | | | |
- unbezahlter Urlaub vom | | | | | | | | | | bis | | | | | | | | | |
- Überstunden/Mehr-arbeitsstunden vom | | | | | | | | | | bis | | | | | | | | | |

Ich bitte um Überweisung des Verdienstausfalles auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Datum

Unterschrift



Name, Vorname: _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. § 99 SGB X (Auskunftspflicht) zum Zwecke der Erstattung des Verdienstausfalls bei stationärer Mitaufnahme nach § 11 Abs. 3 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Ansprüchen auf Leistungen führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.

