

Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld

Angaben zum Antragsteller (Name und Adresse)

Versichertennummer

Telefonnummer

Bitte an die IKK classic schicken. Vielen Dank!

IKK classic
04063 Leipzig

E-Mail info@ikk-classic.de
Fax 0800 800 4551

1. Beantragte Leistung:

- Pflegeunterstützungsgeld vom bis
- Beitragszuschuss nach § 44a SGB XI während der kurzfristigen Arbeitsfreistellung (nur für privat Versicherte) * siehe Merkblatt „Gut zu wissen“.

2. Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Vorname Versicherungsnummer

Name Straße, Hausnummer

Geburtsdatum PLZ, Ort

3. Soweit ein Anspruch auf Beihilfe besteht:

Name der Beihilfestelle

Aktenzeichen

4. Angaben zum Antragsteller:

Vorname Rentenversicherungsnummer

Name Straße, Hausnummer

Geburtsdatum PLZ, Ort

5. Angaben zum Verwandtschaftsverhältnis: (z. B. Tochter, Schwiegertochter, Enkel, etc.)

6. Angaben zur Krankenversicherung des Antragstellers:

Name der Krankenkasse Höhe des Zusatzbeitragssatzes in Prozent

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

7. Soweit eine Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung besteht:

Name des Versorgungswerkes

Mitgliedsnummer/Aktenzeichen

8. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis:

versicherungspflichtige Beschäftigung

geringfügige Beschäftigung

Name des Arbeitgebers

Telefonnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

9. Antrag auf Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung:

Sofern Sie einen Beitragszuschuss beantragen, legen Sie bitte einen Nachweis der Beitragshöhe bei!

Name der privaten Krankenversicherung

Beitrag zur Krankenversicherung in Euro

Straße, Hausnummer

Beitrag zur Pflegeversicherung in Euro

PLZ, Ort

10. Soweit weitere Leistungsansprüche bestehen, ruht der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld:

Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber

Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld durch die Krankenkasse

Anspruch auf Kinderpflegeverletztengeld durch die Unfallversicherung

11. Angaben zur Bankverbindung:

Die Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes soll erfolgen

auf mein eigenes Konto

auf ein abweichendes Konto

Vorname, Name des Kontoinhabers

Anschrift

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Business Identifier Code)

Unterschrift des Kontoinhabers bei abweichendem Empfänger des Pflegeunterstützungsgeldes

12. Schilderung der vorliegenden Akutsituation und in welcher Form die Pflege organisiert bzw. sichergestellt werden muss:

11. Erklärungen zum Antrag:

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ja, ich bin damit einverstanden, von der IKK classic telefonisch und per E-Mail über eine IKK-Mitgliedschaft oder aktuelle Angebote aus dem Gesundheits- und Versicherungsbereich informiert zu werden. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Ort	Datum	Unterschrift des Antragsstellers	Telefonnummer*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*freiwillige Angabe