



Eingangsstempel

Fonds soziale Sicherung
Weilburger Straße 24
60326 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 der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft 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 4005023-0 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 auf folgendes Konto zu überweisen:	
Kreditinstitut: _____	Kontoinhaber: _____
IBAN: DE <input type="text"/>	BIC: <input type="text"/>
alternativ	
Kontonummer: _____	Bankleitzahl: _____
c) Arbeitgeber (genaue Bezeichnung gemäß letzter Entgeltabrechnung) z. B.: DB Fernverkehr AG, DB Fahrzeuginstandhaltung, DB Netz AG usw.	
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
- seit wann eine ununterbrochene Betriebszugehörigkeit besteht **und**
- ob die arbeitsvertraglich vereinbarte Arbeitszeit der Referenzarbeitszeit entspricht oder geringer ist (Voll- oder Teilzeit)

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. Einwilligung- und Einverständniserklärung

1. Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich habe den Inhalt der diesem Antrag angehangenen Information zur Verwendung meiner Daten gemäß dem Code of Conduct (CoC) zur Kenntnis genommen.

Ferner willige ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Prüfung meines Antrags auf Zahlung von Krankentagegeld sowie zur Durchführung des Gruppenvertrags erforderlich ist.

2. Einverständniserklärung für den Fonds soziale Sicherung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Fonds soziale Sicherung im erforderlichen Umfang die allgemeinen Antrags- und Auszahlungsdaten, welche sich aus den Antragsunterlagen bzw. der Vertrags-/Leistungsdurchführung ergeben, in entsprechenden Datensammlungen verarbeitet/archiviert und diese Daten an die DEVK Krankenversicherungs-AG und die Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) übermittelt, soweit dies zur Erbringung von Leistungen unabdingbar ist.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Hinweis: Die DEVK Krankenversicherungs-AG wird bei Ihnen zusammen mit dem auszufüllenden Vordruck „Nachweis über Arbeitsunfähigkeit“ eine zur Antragsbearbeitung erforderliche „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenbindungserklärung“ anfordern. Diese kann vorab unter www.fonds-soziale-sicherung.de auf der Homepage des Fonds soziale Sicherung unter dem Punkt „Krankentagegeld“ eingesehen werden.

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

1. Bescheinigung zur Gewerkschaftszugehörigkeit, Mitgliedsnummer _____

Mitgliedschaft in der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG)

Geschäftsstelle: _____

seit: _____

2. Der Antragsteller ist kein Beamter, sondern Arbeitnehmer.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift und Telefonnummer der zuständigen EVG-Geschäftsstelle

Information zur Verwendung Ihrer Daten gemäß dem Code of Conduct (CoC) zum Gruppenversicherungsvertrag mit dem Fonds zur sozialen Sicherung für Arbeitnehmer der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V.

Zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, im Leistungsfall benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft (CoC) verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.devk.de/datenschutz abrufen können.

Ebenfalls im Internet abrufen können Sie unter www.devk.de/datenschutz Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an DEVK Versicherungen, Zentrale Kundenbetreuung, Riehler Straße 190, 50735 Köln, E-Mail: info@devk.de.

Bei gleicher Stelle können Sie Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.