

## Erklärung zur Übertragung des Anspruchs auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

### 1. Erklärung des Mitgliedes

Wir bestätigen, dass mein Ehepartner / Lebensgefährte\* \_\_\_\_\_ noch  
Name, Vorname, Geb.datum

Anspruch auf \_\_\_\_\_ Tage bei Erkrankung unseres Kindes \_\_\_\_\_ hat.  
Name, Vorname, Geb.datum

Wir beantragen hiermit die Übertragung des Krankengeldes von \_\_\_\_\_ Tagen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift BKK Pfalz-Mitglied

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Ehepartner/Lebensgefährte\*

(\* der leibliche Vater oder leibliche Mutter; bei abweichenden Nachnamen bitte ggfs. Kopie der Geburtsurkunde o.ä. beilegen!)

### 2. Bestätigung der Krankenkasse des Ehepartners (falls nicht bei der BKK Pfalz versichert):

Der Übertragung des Anspruchs unseres Mitgliedes \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geb.datum

nach § 45 SGB V wird zugestimmt. Ersatzansprüche werden nach § 105 SGB X anerkannt.

Der Übertragung des Anspruches nach § 45 SGB V wird **nicht** zugestimmt, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unser Mitglied hat im Kalenderjahr \_\_\_\_\_ bereits für \_\_\_\_\_ Arbeitstage Krankengeld nach § 45 SGB V erhalten.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel der Krankenkasse

### 3. Bestätigung des Arbeitgebers:

Wir bestätigen, dass unser(e) o.g. Arbeitnehmer(in) über die Höchstanspruchsdauer hinaus zur Pflege des erkrankten Kindes für \_\_\_\_\_ Arbeitstage freigestellt wird.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers