

## **Ihr Antrag auf Mutterschaftsgeld bei der KKH**

anbei erhalten Sie den Antrag auf Mutterschaftsgeld.

Zusätzlich senden Sie uns bitte die Bescheinigung über den voraussichtlichen Entbindungstag zu. Diese stellt Ihnen Ihr Frauenarzt aus. Alternativ kann Ihr Arzt oder Ihre Hebamme den Entbindungstermin auch auf der zweiten Seite des Antrages bestätigen.

Haben Sie uns bereits eine Bescheinigung über den Entbindungstag übersandt, ist eine Bestätigung auf dem Antrag nicht mehr erforderlich.

Sofern Sie die Zahlung von Mutterschaftsgeld erst nach der Geburt Ihres Kindes beantragen, legen Sie bitte Ihrem Antrag die Bescheinigung über den voraussichtlichen Entbindungstermin und die Geburtsbescheinigung bei. Diese wird gebührenfrei ausgestellt und trägt den Vermerk "Gilt nur für Mutterschaftshilfe".

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Sie kostenlos im Falle des Bezuges von Mutterschaftsgeld bei der Arbeitslosenversicherung zu versichern. Gerne prüfen wir, ob die Voraussetzungen bei Ihnen erfüllt sind. Wenn ja, zahlt die KKH für Sie die Beiträge. Bitte füllen Sie hierzu die Erklärung zur Kindererziehung vollständig aus. Vielen Dank.

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Baby alles Gute!

PS: In dem beiliegenden Flyer finden Sie weitere hilfreiche Informationen für Sie und Ihr Baby.

Deutsche Post 

ANTWORT

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
30125 Hannover

### Antrag auf Zahlung von Mutterschaftsgeld

Versicherte \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Servicezeichen \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden  verpartnert\*

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Angaben zum

Ehegatten/Lebensgefährten/Lebenspartner\* \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Geburtsdatum

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Name, Anschrift

beschäftigt als \_\_\_\_\_

versichert bei \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Krankenkasse

\*) Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Ich bestätige, dass ich keinen Antrag auf Mutterschaftsgeld bei einer anderen Krankenkasse gestellt habe und auch nicht stellen werde. Eine ärztliche Bescheinigung über den mutmaßlichen Entbindungstermin ist beigelegt bzw. die ärztliche Bestätigung ist auf diesem Antrag (2. Seite) erfolgt.

#### Erklärung zum Arbeits- und Versicherungsverhältnis

Ich habe vor der Entbindung gearbeitet.  Ja, zuletzt am \_\_\_\_\_  Nein

Ich hatte Urlaub vor der Entbindung in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Das Arbeitsverhältnis besteht weiter.

Das Arbeitsverhältnis endet/e infolge  Kündigung durch den Arbeitgeber

Kündigung durch mich

Fristablauf

beiderseitigen Einvernehmens zum \_\_\_\_\_

vor oder während der Schutzfrist.

Bitte fügen Sie in diesen Fällen eine Kopie Ihrer Kündigung bzw. Ihres Arbeitsvertrages oder Ihrer Vereinbarung zusammen mit Kopien Ihrer Gehaltsbescheinigungen der letzten 3 Kalendermonate Ihrem Antrag bei.

Ich zahle auf Antrag Pflichtbeiträge zur **Arbeitslosenversicherung** aufgrund meiner

Pflgetätigkeit  selbstständigen Tätigkeit  Beschäftigung im Ausland.

Den letzten Beitrag habe ich für \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ an die Agentur für Arbeit gezahlt.

Monat/Jahr

## Erklärung zur Kindererziehung

Ich erziehe derzeit bereits eigene Kinder/Adoptivkinder unter 3 Jahren

Nein  Ja Geburtsdatum der Kinder \_\_\_\_\_

Ich werde mein neugeborenes Kind allein erziehen

Nein  Ja

Ich werde mein neugeborenes Kind gemeinsam mit dem Vater erziehen

Nein  Ja Gegenüber dem Rentenversicherungsträger werden wir erklären, dass die Kindererziehungszeit für mich  oder  den Vater gelten soll.

Ich werde mein neugeborenes Kind nicht selbst erziehen. Die Erziehung übernimmt allein der Vater oder eine andere Person.

Nein  Ja

Ich bin darüber unterrichtet, dass vorstehende Angaben zur Prüfung der Anspruchsberechtigung auf Mutterschaftsgeld benötigt werden. Über eintretende Änderungen werde ich die KKH deshalb unverzüglich informieren.

Ich erkläre mich bereit, im Falle einer Vorauszahlung von Mutterschaftsgeld die Beträge ggf. zurückzahlen, die mir irrtümlich gewährt wurden oder die mir aufgrund eingetretener Änderungen in den Voraussetzungen nicht zustehen.

Das Mutterschaftsgeld soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der KKH nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Prüfung zur Zahlung von Mutterschaftsgeld erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite [www.kkh.de/datenschutz](http://www.kkh.de/datenschutz). Die Angaben zum Ehegatten/Lebensgefährten/Lebenspartner sowie zur Telefonnummer bzw. E-Mail sind freiwillig.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der vorstehenden Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten

Ja, ich willige ein, dass die KKH mich zukünftig über KKH Produkte und Services sowie private Zusatzversicherungen unseres Kooperationspartners informiert und mich für Kundenbefragungen kontaktiert. Dies erfolgt per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS. Zu diesen Zwecken darf die KKH die von mir angegebenen Daten speichern, verarbeiten und nutzen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

## Bescheinigung des Arztes oder der Hebamme

Dieser Abschnitt braucht nicht ausgefüllt zu werden, wenn bereits eine gültige Bescheinigung über den Tag der voraussichtlichen Entbindung eingereicht wurde oder beigefügt wird.

Ich bescheinige hiermit aufgrund der von mir heute vorgenommenen Untersuchung, dass

Frau \_\_\_\_\_

voraussichtlich am \_\_\_\_\_ entbinden wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes oder der Hebamme