**ANTRAG AUF SCHWANGERSCHAFTSGELD**

**(Während der Krisensituation geltend gemachte Anspruch)**

**Die Versicherungsnehmerin, die den Anspruch auf Schwangerschaftsgeld geltend macht:**

Name, Familienname:

Geburtsdatum: Geburtsnummer:

Adresse für Zustellung der Schriftstücke:

Telefonnummer (optional):

A-Mail (optional):

**Versicherungsverhältnis aus dem ich den Anspruch auf Schwangerschaftsgeld geltend mache**

[ ] Arbeitnehmer\* (führen Sie den Namen des Arbeitgebers/ sämtlicher Arbeitgeber und Standort des Arbeitgebers)

[ ] Pflichtig krankenversicherter Gewerbetreibende\*

[ ] Freiwillig krankenversicherte Person\*

**Die von dem Arzt bestätigten Informationen**

Datum des erwarteten (unterstellten) Tages der Geburt:

Familienname und Name des Arztes:

**Ich verlange das Schwangerschaftsgeld wie folgt auszuzahlen:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ] | **Auf Bankkonto\*** | | | | | | | | |
|  | | Nummer in IBAN Format IBAN | | | |  | | | |
|  | | **Im Falle des ausländischen Bankkontos, bitte ergänzende Angaben anführen:** | | | | | | | |
|  | | SWIFT Bank Code | | |  | | | | |
|  | | Genauer und vollständige Bankname | | | | |  | | |
|  | | Straße und Nummer (Bankadresse) | | | | |  | | |
|  | |  | PLZ |  | | | | Ort |  |
|  | |  | Land |  | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ] | **In bar auf die Adresse\*** | | |
|  | | Straße, Hausnummer |  |
|  | | PLZ, Ort |  |

Wenn ich verlange, das Schwangerschaftsgeld auf die Adresse auszuzahlen, bin ich damit einverstanden, dass die Sozialversicherungsanstalt meine persönlichen Daten der Slowakischen Post zur Verfügung stellt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Personendaten in dem Informationssystem der Sozialversicherungsanstalt verarbeitet werden.

Ich bin mir dessen bewusst, dass ich verpflichtet bin, sämtliche Tatsachen nachzuweisen, die für die Entstehung und Erlöschen des Schwangerschaftsgeldanspruchs, Anspruchs auf dessen Auszahlung und Betrag entscheiden sind.



Datum Namen, Familienname und Unterschrift des Versicherungsnehmers\*\*

\* geeignete Angabe markieren Sie mit X, bei Angaben über die Auszahlung muss eben eine Art markiert werden

\*\* Bei Zusendung des Antrags per E-Mail ist die Unterschrift des Versicherungsnehmers nicht notwendig, führen Sie also nur den Namen und Familiennamen mit Blockschrift