

Anspruchsprüfung für den Familienzuschlag zum Krankengeld

Zutreffendes bitte ankreuzen

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer (VSNR)							
		Lfd. Nr.		Tag		Monat		Jahr	
Anschrift									
Familienstand Lebensgemeinschaft ja nein (z.B. Ehepartner, eingetragene Partnerschaft, Lebensgemeinschaft)					Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen)				
Angaben zu den Angehörigen									
Vor- und Familienname (in Blockschrift)		Versicherungs- nummer		Verwandtschaftsverhältnis bzw. Beziehung zur versicherten Person		Nettoeinkommen* der angeführten Personen: Pension, Gehalt/Lohn, Rente, bewirtschafteter oder übergebener landw. Besitz, etc.			

*Als Einkommen zählen grundsätzlich alle steuerpflichtigen Einkünfte aus dem In- und Ausland (z.B. unselbständige und selbständige Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung) und Bezüge mit Einkommensersatzfunktion (z.B. Leistungen des Arbeitsmarktservice, einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld), unabhängig von der Höhe.

Wichtig: Aktuelle Einkommensnachweise (Kopien) sind dem Antrag beizulegen!

Erklärung

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich einen dem Krankenversicherungsträger entstandenen Schaden durch nicht der Wahrheit entsprechenden Angaben, zu ersetzen habe.

Darüber hinaus bin ich verpflichtet, alle Änderungen unverzüglich dem Krankenversicherungsträger bekannt zu geben.

Datum und Unterschrift des Krankengeldbeziehers/der Krankengeldbezieherin