



Anspruchsprüfung für den Familienzuschlag zum Krankengeld

Bitte alle Felder in Blockschrift ausfüllen

Arbeitsunfähigkeit ab _____

Versicherte(r)	Versicherungsnummer				

Familienname	Vorname				
Wohnadresse:					

Postleitzahl	Wohnort	Strasse	Hausnummer/Türnummer		
Familienstand:					
verheiratet	<input type="checkbox"/>	ledig	<input type="checkbox"/>	geschieden	<input type="checkbox"/>
Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/>	verwitwet	<input type="checkbox"/>	dauernd getrennt lebend	<input type="checkbox"/>

Personen im gemeinsamen Haushalt			
Familien- und Vorname	Verwandtschaftsverhältnis (Ehegatteln, PartnerIn, Kinder usw.)	Versicherungsnummer	Bruttoeinkommen

Bitte beachten Sie:

Es sind alle Einkommen bekannt zu geben und die entsprechenden Nachweise beizuschließen.

Notwendige Nachweise für das Einkommen (z.B.)

- bei unselbständig Erwerbstätigen der Lohn/Gehaltsnachweis des Dienstgebers
- bei land- forstwirtschaftlichen Betrieben der Einheitswertbescheid
- bei selbständig Erwerbstätigen eine eidesstattliche Erklärung über das erzielte Einkommen

Ich bestätige dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Stellt sich nachträglich heraus, dass die Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass ich einen dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe.

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

Datum

Unterschrift