# Antrag

# KRANKHEITSZULAGEN für eine Krankheit

Antragsfrist: der Antrag wird beim SFTL innerhalb von drei Jahren ab

**dem Ende der Krankheitsperiode, die Anrecht auf die Zulage gibt, eingereicht.**

## VOM ARBEITER AUSZUFÜLLEN

|  |  |
| --- | --- |
| der Arbeiter: (Name, Vorname)  Nationalregisternummer:  Telefonnummer:  E-mail  in ununterbrochenem Krankheitsurlaub war (tt/mm/jjjj): | -  -      1.Tag  /  /  Beantragt eine Krankheitszulage vom  /  /  bis  /  /  Pro Krankheit : max. 6 Raten von 60 Kalendertagen (=max. 360 Tagen)  Antrag möglich pro Rate oder für mehrere Raten zusammen |
| Die Beteiligung kann  auf folgendes Konto des Arbeiters überwiesen werden: | IBAN BE **-  -  -** BIC |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | . . / . . / . . . . (tt/mm/jjjj) |

Schreiben Sie nachfolgend "Für Ehrlich und richtig bescheinigt":

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Unterschrift:



## VOM SFTL AUSZUFÜLLEN

|  |  |
| --- | --- |
| Interne : | Genehmigung SFTL  Initialen : ……………………………..  Datum : ……./……./……..  Unterschrift : |

Nationalregisternummer, Name und Vorname Arbeiter



## VOM ARBEITGEBER AUSZUFÜLLEN

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unternehmen: | | |  | | |
| LSS-Nummer (verpflichtet): | | | 083 -  - | | |
| Telefonnummer: | | | E-mail:: | | |
|  | | | |
| Erklärt, dass der Arbeiter (Name, Vorname)  Nationalregisternummer:  in ununterbrochenem Krankheitsurlaub war vom (tt/mm/jjjj):  Datum der Zustellung:  (falls zutreffend) | -  -  /  /  bis  /  /  /  / | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | . . / . . / . . . . (tt/mm/jjjj) |

Schreiben Sie nachfolgend "Für Ehrlich und richtig  
bescheinigt":

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Unterschrift:



**Firmenstempel:**

## VON DER KRANKENKASSE AUSZUFÜLLEN UND ZU UNTERZEICHNEN

|  |  |
| --- | --- |
| Name Unterzeichneter: | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  . |

Erklärt, dass der oben genannte Arbeiter das primäre Krankengeld von der KIV

Von. . / . . / . . . . bis . . / . . / . . . . wegen Krankheit erhalten hat.

Arbeitsunfähigkeit nach Berufskrankheit : Ja oder Nein (Nichtzutreffendes bitte streichen)

**Stempel Krankenkasse: Krankenkasse:**

Datum: . . / . . / . . . . (tt /mm/jjjj)

Unterschrift Krankenkasse: