# 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-mailin 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 SFTLInitialen : ……………………………..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: