

Antragsteller (Name und Adresse)

Wohlfahrtskasse

Ansprechpartner:
Anita Mitterlehner
Kurzzeichen: mit
Tel.:+43 (732) 778371-263
Fax:+43 (732) 783660-278
mitterlehner@aekoee.at

Datum: _____

Mitglieds.Nr: _____ **SVNR:** _____

Krankenstandsmeldung der Wohlfahrtskasse

Gemäß §26 der Satzung der Wohlfahrtskasse beantrage ich wegen einer Berufsunfähigkeit die Auszahlung des Krankengeldes der Klasse _____

vom _____ **bis einschließlich** _____ (erster Krankentag _____)

auf mein Konto:

Zahlungsempfänger:	IBAN:
---------------------------	--------------

Ich befinde mich während des angeführten Krankenstandes: (zutreffendes ankreuzen)

- an meinem ordentlichen Wohnsitz
- in folgender Krankenanstalt: _____
- sonstiges (mit Begründung): _____
- Fremdverschulden oder Arbeitsunfall liegt vor (detaillierte Informationen bitte beilegen)

Angaben zur Diagnose:

Wichtige Hinweise:

- Bitte beachten Sie, dass der Therapieverlauf zwingend in monatlichen Abständen vorzulegen ist.
- Bei unselbständig Beschäftigten ist eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung Ihres gesetzl. Krankenversicherungsträgers vorzulegen.
- Dieses Formular ist in monatlichen Abständen vollständig ausgefüllt an uns zu übermitteln.
- Nach Ablauf von 13 Wochen ist eine fachärztliche Stellungnahme obligat.
- Die Unterzeichnenden bestätigen mit Ihrer Unterschrift die vollständige Berufsunfähigkeit für den in der Meldung angeführten Zeitraum.
- Die Auszahlung von Unterstützungsleistung erfolgt ohne Anerkennung einer Rechtspflicht und unter Vorbehalt der Rückforderung.

Stempel, Unterschrift des Mitglieds

Stempel, Unterschrift des behandelnden Arztes

Link zur elektronischen Zeichnung: <https://www.handy-signatur.at/hs2/#!sign/single>

Die eingereichten Belege verbleiben in der Wohlfahrtskasse