

**Antrag auf Erstattung nach dem
Aufwendungsausgleichsgesetz
für Arbeitgeberaufwendungen
bei Arbeitsunfähigkeit – U1**

(Bitte den Antrag in Druckbuchstaben ausfüllen.)

Angaben zum Arbeitgeber

666 142 49
Betriebskrankenkasse
Schwarzwald-Baar-Heuberg
Löhrstr. 45
78647 Trossingen

Betriebsnummer
Beitragskontonummer
Name 1
Name 2
Straße Nr.
PLZ Ort
Ansprechpartner/in
Telefon Telefax
E-Mail

Angaben zum Arbeitnehmer / zur Arbeitnehmerin

Name
Vorname

Rentenversicherungsnummer (falls nicht bekannt Geburtsdatum)
T T M M J J

PKV versichert LkK versichert (jeweils bitte Kopie der AU-Bescheinigung beifügen) Geringfügige Beschäftigung (Minijob)

Beschäftigt seit dem T T M M J J

Bitte immer ausfüllen!

Erstattungszeitraum vom T T M M J J bis T T M M J J

Endabrechnung Zwischenabrechnung Korrektur Stornierung

Ist die Arbeitsunfähigkeit auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen? ja nein

War der Arbeitnehmer wegen Schädigung durch einen Dritten arbeitsunfähig? ja nein

Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet? ja, Stunden nein

Letzter Arbeitstag / von Bord am T T M M J J

Stundenlohn E U R , C T Monatslohn E U R , C T Akkordlohn E U R , C T

Monatliches Bruttoarbeitsentgelt / bei Seeleuten Durchschnitts-Heuer-Kennzahl E U R , C T Höhere BGG-RV KBS gilt

Ausgefallene: Kalendertage Arbeitstage Stunden Arbeitszeit: wöchentlich täglich

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlung, ohne Überstundenvergütung, ohne Arbeitgeberanteile E U R , C T

Gegebenenfalls Beitragsanteil des Arbeitgebers (eventuell pauschalisiert) E U R , C T

Erstattungssatz in vom Hundert % 7 0 , 0 0 Erstattungsbetrag E U R , C T

Das Entgelt ist nach den Bestimmungen des EFZG gezahlt. Die Erstattung erfolgt seitens der Krankenkasse unter dem Vorbehalt der späteren Prüfung. Zu Unrecht erstattete Beträge werden zurückgezahlt. Der mit der Entgeltfortzahlung nach § 6 EFZG übergegangene Ersatzanspruch wird nach § 5 AAG an die Krankenkasse abgetreten. Der Erstattungsanspruch kann mit einer bestehenden Beitragsrückstand verrechnet werden. Die Angaben sind richtig, vollständig und stimmen mit den Entgeltunterlagen überein. Umlagebeträge werden abgeführt. Die umseitigen Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Der Erstattungsbetrag soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden.
 wird / wurde mit Beitragsnachweis für M M J J verrechnet.
 soll auf untenstehendes Konto überwiesen werden.

Name des Geldinstituts Kontoinhaber
IBAN Bankleitzahl Kontonummer BIC
D E
Verwendungszweck