

Antrag auf Erstattung nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) für Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit – U1

(Bitte den Antrag in Großbuchstaben ausfüllen.)

71579930	
BKK Akzo Nobel - Bayern -	
63784	Obernburg

Angaben zum Arbeitgeber

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

Angaben zum Arbeitnehmer / zur Arbeitnehmerin

Name
Vorname

Rentenversicherungsnummer (falls nicht bekannt Geburtsdatum)

--

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

Beschäftigt seit dem

--

Bitte immer ausfüllen! Erstattungszeitraum vom

--

 bis

--

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

--

Stundenlohn

--

 Monatslohn

--

 Akkordlohn

--

Monatliches Bruttoarbeitsentgelt / bei Seeleuten Durchschnitts-Heuer-Kennzahl

--

 Höhere BBG-RV KBS gilt

Ausgefallene: Kalendertage

--

 Arbeitstage

--

 Stunden

--

 Arbeitszeit: wöchentlich

--

 täglich

--

Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlung, ohne Überstundenvergütung, ohne Arbeitgeberanteile)

--

Gegebenenfalls Beitragsanteil des Arbeitgebers (eventuell pauschaliert; siehe bitte Rückseite)

--

Erstattungssatz in Vomhundert

--

 Erstattungsbetrag

--

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 einem bestehenden Beitragsrückstand verrechnet werden. Die Angaben sind richtig, vollständig und stimmen mit den Entgeltunterlagen überein. Umlagebeträge werden abgeführt. Die rückseitigen Datenschutzhinweise wurden zur Kenntnis genommen.

Der Erstattungsbetrag soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden.

wird/wurde mit Beitragsnachweis für

--

 verrechnet.

soll auf das untenstehende Konto überwiesen werden.

Name des Geldinstituts	Bankleitzahl	Kontonummer			
<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>	
Kontoinhaber	Verwendungszweck				
<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>			

Datum / Unterschrift / Stempel des Arbeitgebers oder des Bevollmächtigten