Aktenzeichen:

Name des Versicherten:

geboren am:

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

-Gruppe Feuerwehr/Hilfeleistende/Ehrenamtliche/Pflegende-

Postfach 59 67

48135 Münster

**Antrag auf Erstattung des an den unfallverletzten Feuerwehrangehörigen**

**fortgezahlten Arbeitsentgeltes**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit: | | Stunden | | | | | | |
| monatliches Bruttoentgelt: | | € | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vom | |  | | | | bis | |  |
| = Kalendertage (längstens für 42 Tage): | | Tage | | | | | | |
| anteiliges, fortgezahltes Bruttoentgelt: | | € | | | | | | |
| sonstiges anteiliges, fortgezahltes Arbeitsentgelt (bitte Art und jeweilige Höhe angeben): | | | | | | | | |
|  | | | | | | | € | |
|  | | | | | | | € | |
|  | | | | | | | € | |
| Summe des anteiligen, fortgezahlten Bruttoentgelts: | | | | | | | € | |
|  | | | | | | | | |
| anteilige Arbeitgeberanteile zur Sozial- und Arbeitslosenversicherung: | | | | | | | | |
| Beiträge zur Krankenversicherung | | | | % | | | € | |
| Beiträge zur Pflegeversicherung | | | | % | | | € | |
| Beiträge zur Rentenversicherung | | | | % | | | € | |
| Beiträge zur Arbeitslosenversicherung | | | | % | | | € | |
| Summe Arbeitgeberanteile: | | | | € | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Gesamtsumme anteiliges Bruttoentgelt + Arbeitgeberanteile: | | | | | € | | | |
| Erstattung durch die Krankenkasse nach AAG: | | | | | € | | | |
| geforderte Gesamtsumme: | | | | | € | | | |
|  | | | | | | | | |
| Anschrift Arbeitgeber | | | Tel. - Nr. für Rückfragen: | | | | | |
| Name: |  | | Bankverbindung | | | | | |
| Straße, Nr.: |  | | IBAN: | | | | | |
| PLZ, Ort: |  | | Bank: | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Ort Unterschrift, Stempel