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