

Anfrage einer Entscheidung an den Vertrauensarzt der Krankenkasse für den als arbeitsunfähig anerkannten freiwilligen Arbeiter

im Sinne des Gesetzes vom 3. Juli 2005 abgeändert durch das Gesetz vom 1. März 2019

Informationen zur Freiwilligenarbeit

Ich möchte arbeiten / Ich arbeite (*) als Freiwillige(r) für nachstehende Organisation, auf Grundlage der durch diese Organisation gelieferten Angaben:

(* Unzutreffendes bitte streichen)

Persönliche Angaben:

Name	
Vorname	
Nationalregisternummer	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Angaben bezüglich der Freiwilligenorganisation (ein Antragsformular pro Organisation):

Name	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Soziale Zielsetzung	

Angaben zu den Tätigkeiten bei dieser Organisation, für die ich die Entscheidung des Vertrauensarztes beantrage:

Zeitraum	<input type="checkbox"/> Unbefristete Periode	<input type="checkbox"/> Bereits festgelegte bekannte Periode
	Ab dem	Vom
		bis
Wichtig: Art und Umfang der Tätigkeiten, die ich als Freiwillige(r) ausübe		

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Die Organisation sieht keine Aufwandsentschädigung für die geleistete Freiwilligenarbeit vor.
- Die Organisation zahlt eine pauschale Aufwandsentschädigung (unter Berücksichtigung der gesetzlichen Höchstsätze von 42,31 €/Tag bzw. 1692,51 €/Jahr – Stand: 01.01.2025).
- Die Organisation zahlt eine pauschale Aufwandsentschädigung (unter Berücksichtigung der gesetzlichen Höchstsätze von 42,31 €/Tag bzw. 1692,51 €/Jahr – Stand: 01.01.2025) mit Erstattung der effektiven Fahrtkosten (für maximal 2.000 Kilometer pro Jahr, außer wenn die Tätigkeit einen regelmäßigen Transport von Personen betrifft).
- Die Organisation vergütet die reellen Unkosten auf Grundlage der vorgelegten Belege.
- Naturalleistungen (z.B.: Mahlzeiten, Lesegutschein, Buskarte usw.):

- Andere Regelung (bitte beschreiben):

Ich verpflichte mich, meiner Krankenkasse sofort jede eintretende Änderung in den oben vermerkten Angaben zu melden.

Gelesen und genehmigt.

Datum		Unterschrift	
-------	--	--------------	--

Entscheidung des Vertrauensarztes:

Datum		Unterschrift	

Gemäß der EU Verordnung 2016/679 informieren wir Sie darüber, dass Ihre Daten im Rahmen unseres Auftrags zur Beteiligung an der Ausführung der gesetzlichen Krankenversicherung unter der Verantwortung von MLOZ (Landesbund der Freien Krankenkassen), für föderale Zuständigkeiten, bzw. unter der Verantwortung der SMR der Freien Krankenkassen, für regionalisierte Zuständigkeiten, verarbeitet werden. Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie einsehen unter www.freie.be/privacy oder per Post anfordern: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2 in 4760 Büllingen.