

## Krankengeldversicherung für Selbstständige

Adresse der Krankenkasse:  
**Freie Krankenkasse**  
**Hauptstraße 2, B-4760 Büllingen**  
**Tel.: 080 640 515**

**AUSKUNFTSBLATT**  
**KRANKENGELD**  
 ZUR ERRECHNUNG DER ENTSCHÄDIGUNG AN  
 NEBENSTEHENDE ADRESSE SENDEN

### DURCH DIE KRANKENKASSE AUSZUFÜLLEN

#### Auskünfte bezüglich des Versicherten

<b>1. Name und Vorname</b> (Mädchenname für verheiratete Frauen und Witwen)	
<b>2. Adresse</b>	
<b>3. Mitgliedsnummer</b>	
<b>4. Nationalregisternummer</b>	

### DURCH DEN VERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN

#### Erklärung

<b>5. Kontonummer</b>		
<b>6. Anfangsdatum der Arbeitsunfähigkeit</b>	/ /	
<b>7. Es handelt sich um eine(n):</b>	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
<b>8. Besteht das aktuelle Risiko noch:</b> Wenn nicht, wann haben Sie die Arbeit wieder aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	/ /	
<b>9. Waren Sie zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Ausland?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Wenn ja, geben Sie das Land und das Datum der Rückkehr nach Belgien an:</b>	Land: ..... / /	
<b>10. Beziehen Sie:</b>		
a) eine Altersrente, eine Frühpension oder ein Ruhegehalt, die bzw. das durch ein belgisches oder ausländisches Sozialinstitut gezahlt wird?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b) eine belgische und/oder ausländische Rente, Entschädigung oder Zulage wegen Arbeitsunfall? Wenn ja, Prozentsatz der Arbeitsunfähigkeit:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	%	
eine belgische und/oder ausländische Rente, Entschädigung oder Zulage wegen Berufskrankheit? Wenn ja, Prozentsatz der Arbeitsunfähigkeit:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	%	
c) eine Behindertenrente:		
- Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Eingliederungsbeihilfe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

d) eine belgische oder ausländische Hinterbliebenenrente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
e) Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
f) eine andere Entschädigung, Pension, Rente oder ein anderes Kapital? Wenn ja, Prozentsatz der Arbeitsunfähigkeit:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls Sie die Frage(n) a), b) und/oder f) mit JA beantwortet haben:	a) b) oder f)	a) b) oder f)
g) Seit wann?	/ /	/ /
h) Höhe des Betrags?	EUR	EUR
	<input type="checkbox"/> Pro Tag <input type="checkbox"/> Pro Woche <input type="checkbox"/> Pro Monat <input type="checkbox"/> Pro Vierteljahr <input type="checkbox"/> Pro Jahr	<input type="checkbox"/> Pro Tag <input type="checkbox"/> Pro Woche <input type="checkbox"/> Pro Monat <input type="checkbox"/> Pro Vierteljahr <input type="checkbox"/> Pro Jahr
i) Adresse der Institution, die diese Beträge auszahlt:	Name	
	Adresse	
	Name	
	Adresse	
j) Für die Fälle b) und f), wurde die Rente teilweise oder ganz kapitalisiert?	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Vollständig
<b>11. Beziehen Sie:</b>		
a) eine Entlohnung oder eine zusätzliche Entschädigung zu Lasten eines Arbeitgebers? <sup>1</sup>  Wenn ja, für welchen Zeitraum? Bitte fügen Sie die dazugehörigen Belege bei.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Beginn: / /	Ende: / /
b) eine Kündigungsentschädigung, gezahlt durch einen ehemaligen Arbeitgeber, durch den Betriebsschließungsfond <sup>2</sup> oder durch das LFA?  Wenn ja, für welchen Zeitraum? Bitte fügen Sie die dazugehörigen Belege bei.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Beginn: / /	Ende: / /

<sup>1</sup> Es handelt sich hierbei um garantierten Lohn, einen Zuschlag aufgrund des kollektiven Arbeitsabkommen n° 12bis oder 13bis au Lasten des Arbeitgebers, die Entlohnung für einen Feiertag, für einen Ausgleichsruhetag, die Entlohnung aufgrund der aufgebrauchten Krankentage im öffentlichen Sektor, das zeitversetzte Gehalt für Lehrpersonal, ...

<sup>2</sup> Geben Sie hier auch "ja" an, wenn Sie den Antrag beim Betriebsschließungsfond zwar eingereicht, aber noch keine Entschädigung erhalten haben.

Ich verpflichte mich, jede während der Arbeitsunfähigkeit eintretenden Änderung in Bezug auf die oben genannten Angaben (insbesondere bezüglich einer Alterspension, Arbeitsunfallrente, Rente für Berufskrankheiten, Behindertenrente, eines beruflichen Einkommens oder anderer Einkommen) unverzüglich mitzuteilen.

Sollte ich eine Vertragsbruchentschädigung erhalten, wenn mein Arbeitsvertrag im Rahmen meiner eventuellen Beschäftigung als Arbeitnehmer während der Arbeitsunfähigkeit gekündigt wird, verpflichte ich mich, meiner Krankenkasse alle erforderlichen Informationen diesbezüglich mitzuteilen.

Mir ist bewusst, dass eine fehlerhafte oder unvollständige Erklärung Sanktionen und gerichtliche Folgen nach sich ziehen kann.

Ich erkläre auf Ehrenwort, dass vorliegende Erklärung richtig und vollständig ist.

Ort	
Datum	
Unterschrift	

*Gemäß der EU Verordnung 2016/679 informieren wir Sie darüber, dass Ihre Daten im Rahmen folgender Regelung 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: Koordiniertes Gesetz vom 14. Juli 1994 bezüglich der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen und dem Königlichen Erlass vom 20. Juli 1971 zur Einführung von Krankengeldzahlungen und Geburtsruhezahlungen für Selbständige und mithelfende Ehegatten. Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie einsehen unter [www.freie.be/privacy](http://www.freie.be/privacy) oder per Post anfordern: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2 in 4760 Büllingen.*