

Name, Vorname des Antragsstellers/Antragstellerin	kvw-Versicherungsnummer
Strasse, Hausnummer	Geburtsdatum
Postleitzahl, Wohnort	Mitgliedsnummer der Krankenkasse:

// BESCHEINIGUNG ÜBER KRANKENGELD

Wir bitten Sie uns den Zeitraum der Krankengeldzahlung sowie die Höhe des kalendertäglichen Brutto-Krankengeldes mitzuteilen (auch über den Rentenbeginn/Erstattungsanspruch hinaus).

Der/die Obengenannte hat vom _____ bis _____
Krankengeld erhalten.

Beginn der AU war der _____; mögliche Unterbrechungen _____.

Das Krankengeld betrug brutto:

ab _____ kalendertäglich _____ €

ab _____ kalendertäglich _____ €

ab _____ kalendertäglich _____ €

Ein Betrag von _____ €, ab _____ € täglich _____ €

ab _____ täglich _____ €

konnte aufgrund § 50 Abs. 1 und 2 SGB V nicht zurückgefordert bzw. gekürzt werden, da insoweit die gesetzliche Rente überschritten wurde.

Hinweis:

Gem. § 39 Abs. 5 der Satzung der kvw-Zusatzversorgung ruht die Betriebsrente ferner in der Höhe des Betrages des für die Zeit nach dem Beginn der Betriebsrente gezahlten Krankengeldes aus der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit diese nicht nach § 96a Abs. 3 SGB VI auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderungsrente anzurechnen oder bei einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder einer Rente wegen Alters als Vollrente dem Träger der Krankenversicherung zu erstatten ist.

Zur Erfüllung der den kvw übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet.
Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten entnehmen Sie bitte der folgenden Internetseite unter <https://www.kvw-muenster.de/datenschutz-hinweise>.
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.

Name des/der Sachbearbeiters(in)	Telefonnummer	Unterschrift
PLZ, Ort, Datum		