

An die  
Sozialversicherungsanstalt  
der gewerblichen Wirtschaft

-----  
Eingangsstempel

**KRANKMELDUNG**  
**bei Zusatzversicherung auf Krankengeld (§ 106 GSVG) sowie**  
**Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit (§ 104a GSVG)**

Versicherte/Versicherter	VSNR – Geburtsdatum
Anschrift	

**Arbeitsunfähig** seit ..... **voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit** .....

**Arbeitsfähig** ab .....

**Diagnose(n)** .....

**Spitalspflege** von ..... bis ..... im / in der .....

**Bettruhe**  ja  nein **Ausgang** von ..... bis ..... Uhr

Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit ist mit dem Tag anzugeben, an dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist.

**Sollte die Arbeitsunfähigkeit auf eine oder mehrere der nachstehenden Ursachen zurückzuführen sein, so bitten wir Zutreffendes anzukreuzen!**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall                     | <input type="checkbox"/> Sport- oder häuslicher Unfall                  |
| <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall                    | <input type="checkbox"/> Folge eines früheren Unfalles                  |
| <input type="checkbox"/> Raufhandel                        | <input type="checkbox"/> Folge einer früheren nicht behobenen Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Unfallversicherte Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> Vorsätzlich herbeigeführte Arbeitsunfähigkeit  |

-----  
Datum

-----  
Stampiglie und Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Vom Versicherten/von der Versicherten auszufüllen!

**Für die Auszahlung der Unterstützungsleistung bitten wir um folgende Angaben:**

- Meine persönliche Arbeitsleistung ist für die Aufrechterhaltung meines Betriebes erforderlich  ja  nein
- Meine durchschnittliche tägliche Arbeitszeit beträgt ..... Stunden
- Die Zahl der in meinem Unternehmen beschäftigten Dienstnehmer (inklusive Teilzeitbeschäftigte) beträgt ..... und wird voraussichtlich im Jahresdurchschnitt die Zahl 24  überschreiten  nicht überschreiten.

Bei dieser Zahl sind ..... Lehrlinge und/oder ..... begünstigte Behinderte iSd Behinderteneinstellungsgesetzes, BGBl. Nr. 22/1970 berücksichtigt.

**Kontowunsch:**

Ich ersuche um Überweisung auf mein Konto bei der .....

IBAN: .....

BIC: .....

*Weiters erkläre ich, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und nehme zustimmend zur Kenntnis, dass aufgrund unwahrer Angaben zu Unrecht bezogene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.*

.....  
Unterschrift

**Bitte beachten Sie folgende Meldefristen. Bei Überschreiten der genannten Fristen darf das Krankengeld/die Unterstützungsleistung bis zum Zeitpunkt der Meldung nicht ausbezahlt werden!**

Krankengeld bei Zusatzversicherung	Unterstützungsleistung
<p>Erstmeldung innerhalb von 7 Tagen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.</p> <p>Weitermeldungen sind 14-tägig vom Arzt zu bestätigen und innerhalb von 7 Tagen vorzulegen.</p> <p>Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als 42 Tage, so ist eine weitere Krankmeldung gleichzeitig Antrag auf Auszahlung der Unterstützungsleistung.</p> <p>Die Arbeitsfähigkeit ist umgehend zu melden.</p>	<p>Ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 4 Wochen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit sowie Meldung bei der SVA innerhalb von 2 Wochen nach der ärztlichen Feststellung.</p> <p>Weitermeldungen sind 14-tägig vom Arzt zu bestätigen und innerhalb von 7 Tagen vorzulegen.</p> <p>Die Arbeitsfähigkeit ist umgehend zu melden.</p>